

UNIVERSITE DU QUEBEC

MEMOIRE

PRESENTE A

L'UNIVERSITE DU QUEBEC A TROIS-RIVIERES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR ROBERT SAVARD

LE BIEN-ETRE PSYCHOLOGIQUE ET LES CROYANCES IRRATIONNELLES
CHEZ LES PERSONNES AGEES EN FAMILLE D'ACCUEIL

FÉVRIER 1994

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Tables des matières

Liste des tableaux	iv
Liste des figures	vi
Sommaire	vii
Introduction	1
Chapitre premier - Bien-être psychologique et croyances	
Irrationnelles	5
Le bien-être psychologique	6
Les croyances Irrationnelles	36
Le bien être psychologique et les croyances Irrationnelles	50
Le bien-être psychologique, les croyances Irrationnelles et les personnes âgées	53
Hypothèses	54
Chapitre II - Méthodologie	57
Contexte de cette recherche	58
Choix des sujets	59
Choix des expérimentateurs	61
Déroulement de l'expérimentation	62
Instruments utilisés	64

Chapitre III - Analyse des résultats	81
Méthodes d'analyse	82
Présentation des résultats	83
Analyses complémentaires	90
Interprétation des résultats et discussion	94
Conclusion	105
Appendice A - Questionnaire des informations socio-démographiques ..	109
Appendice B - Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte	111
Appendice C - Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman	117
Appendice D - Résultats individuels	121
Remerciements	124
Références	125

Liste des tableaux

1. Distribution des sujets en fonction de l'âge, du statut civil, du type d'habitation, du milieu, et du niveau de scolarité	60
2. Résultats Individuels (score total) pour l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte	122
3. Moyennes et écart-types pour les sous-échelles de l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte	84
4. Moyennes et écart-types pour les facteurs de l'Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman	85
5. Résultats Individuels (score total) pour l'Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman	123
6. Coefficients de corrélation entre le score total à l'Echelle de satisfaction de vivre, le score de chacun des facteurs et le score total de l'Inventaire des comportements rationnels	87
7. Analyse de variance des variables santé perçue et croyances irrationnelles sur le bien-être psychologique	88
8. Coefficients de regression sur l'Echelle de satisfaction de vivre	89
9. Moyennes et écart-types de bien-être psychologique en fonction de la santé perçue	91
10. Moyennes et écart-types de bien-être psychologique en fonction de la sécurité financière	92

11. Moyennes et écart-types de bien-être psychologique en fonction de la durée de l'hébergement	93
12. Coefficients de régression sur l'Echelle de satisfaction de vivre	94

Liste des figures

1. Modèle ABC de la perturbation émotionnelle selon Ellis (1962)	39
2. Modèle ABCDE de la perturbation émotionnelle selon Ellis (1973)	40

Sommaire

L'objectif de cette recherche est de vérifier s'il existe une relation entre l'adhésion aux croyances irrationnelles et le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil.

L'échantillon se compose de 60 personnes dont 34 femmes et 26 hommes qui vivent en famille d'accueil. Les sujets répondent à trois questionnaires. Le questionnaire de renseignements généraux fournira les données socio-démographiques (âge, sexe, statut social etc.). Une adaptation française de l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte (1984) servira pour mesurer le bien-être psychologique tandis que l'adhésion aux croyances irrationnelles sera évaluée par l'adaptation française de l'Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman (1977).

Une relation significative négative est obtenue entre l'adhésion aux croyances irrationnelles et le bien-être psychologique. Les croyances irrationnelles I (tendance à dramatiser) et IX (tendance à se déprécier) se sont avérées des prédicteurs négatifs du bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil.

Introduction

L'augmentation de l'espérance de vie est un phénomène majeur du XXe siècle. L'espérance de vie des québécois est passé de 57 ans en 1931 à 76 ans en 1987 (Lapierre et Adams, 1989). Le vieillissement de la population québécoise et l'augmentation rapide du nombre des personnes âgées exigent un plus grand besoin de ressources, particulièrement concernant l'hébergement. Autrefois les personnes âgées étaient très souvent hébergées par les enfants ou des membres de la famille. Mais des changements économiques (urbanisation, espace restreint, travail à l'extérieur) et surtout la transformation de la structure familiale (moins d'enfants, famille éclatée et reconstituée) occasionnent des difficultés pour l'hébergement des personnes âgées. De nouvelles ressources doivent être utilisées. Pour pallier à l'engorgement prévisible des milieux institutionnels, on a recourt de plus en plus à d'autres milieux dont les familles d'accueil.

Cette nouvelle ressource offre en général à la personne âgée un milieu de vie matériel adéquat (chambre et pension, surveillance des soins corporels) et elle est très souvent située à proximité de centre d'achat ou d'église. Peu de chercheurs ont étudié les familles d'accueil et les recherches effectuées évaluent surtout les conditions de vie objectives comme la grandeur de la chambre, la salubrité, etc., ou les services offerts par la famille d'accueil. On se contente de vérifier la qualité objective de cette

ressource et la satisfaction des aînés face à cette dernière. Les chercheurs ne se sont pas attardés à savoir si les résidents étaient heureux et quels étaient les facteurs importants pour leur bien-être psychologique.

La présente recherche veut étudier le bien-être psychologique des personnes âgées vivant en famille d'accueil. Albert Ellis (1962) affirme que le bien-être psychologique est influencé par la façon de penser de l'individu c'est-à-dire par son système de croyances. Il affirme que l'adhésion aux croyances irrationnelles influencent négativement le bien-être. Paul (1978) mentionne que cette variable est importante pour les autres groupes d'âge. Cette influence existe-t-elle chez les personnes âgées qui vivent en famille d'accueil ?

Une synthèse de la littérature ne montre aucune recherche qui a sélectionné ces deux variables (croyances irrationnelles et bien-être psychologique chez les personnes âgées en famille d'accueil). Cette recherche se veut une étude exploratoire. Un échantillon de 60 personnes âgées répondront à trois questionnaires. Ces derniers fourniront les renseignements nécessaires sur les données démographiques, le bien-être psychologique et les croyances irrationnelles.

Le premier chapitre définit les composantes du bien-être psychologique et des croyances irrationnelles. Ensuite, un regard sur les

principales variables qui influencent le bien-être psychologique sera porté. La présentation des hypothèses termine ce chapitre. Le deuxième chapitre expose la méthodologie c'est-à-dire le contexte dans lequel s'est développée cette recherche, le choix des sujets et des expérimentateurs, le déroulement de l'expérience ainsi que les instruments utilisés. Enfin la présentation des résultats, leur interprétation et une discussion constituent le troisième chapitre.

Chapitre premier

Le bien-être psychologique et les croyances irrationnelles

Le premier chapitre présente le contexte théorique de cette recherche. La première partie traite du bien-être psychologique. Une deuxième partie expose la notion de croyance irrationnelle. Une synthèse des travaux qui ont traité la relation entre ces deux variables et qui ont mis en relation ces variables avec une population âgée constitue les deux dernières parties de ce chapitre.

Le bien-être psychologique

Les études théoriques sur le bien-être psychologique

Depuis longtemps on essaie de mieux comprendre ce qui rend les gens heureux c'est-à-dire comment et pourquoi les gens ressentent et évaluent leur vie de façon positive. Le vocable bien-être est souvent utilisé pour exprimer cet état. Le concept de bien-être a été un sujet d'intérêt des philosophes depuis des millénaires. Il reçoit aussi beaucoup d'attention de la part de nombreux professionnels du xxe siècle et en des termes très différents. Les psychologues et les psychiatres utilisent des concepts comme l'adaptation, le bien-être psychologique ou la détresse psychologique (Neugarten, Havighurst et Tobin, 1961; Bradburn, 1969; Diener, 1984). Les sociologues ou les psychologues sociaux parlent de qualité de vie (Campbell,

Converse et Rogers, 1976) et les économistes de bien-être (welfare) (Easterlin, 1973; Tinbergen, 1981).

L'étude du bien-être psychologique chez les personnes âgées est l'un des sujets qui a mobilisé le plus d'énergie parmi les chercheurs en gérontologie depuis plus de 40 ans (George et Clipp, 1991; Larson, 1978; Maddox et Campbell, 1985; Lohmann, 1989). Okun et Stock (1987) estiment que le nombre de publications sur ce sujet a doublé entre 1975 et 1979. Lohmann (1989), pour sa part, constate qu'il est maintenant inusité qu'une revue de gérontologie ne présente au moins un article relié à ce domaine. Okun et Stock (1987) invoquent deux causes possibles de cette effervescence. D'abord, plusieurs recherches ont tenté de démontrer l'efficacité de l'une ou l'autre des théories voulant expliquer le phénomène du vieillissement réussi (successful aging): soit la théorie de l'activité ou la théorie du désengagement (Hendricks et Hendricks, 1977). La deuxième raison qui semble avoir stimulé les recherches concernant le bien-être psychologique est l'importance grandissante prise par les cliniciens en gérontologie sociale lors de leurs interventions dans le but d'augmenter la qualité de vie des personnes âgées.

L'apparition de ce nouveau concept dans les années 1970 marque un changement d'orientation important dans les politiques sociales du gouvernement américain. Campbell (1976) fait remarquer que les Etats-Unis sont passés d'une conception économique du bien-être à une conception psychologique du bien-être dans l'élaboration de leurs diverses politiques.

Comme le soulignent Lohmann (1989) et Wood, Matthews et Norris (1992), cet attrait pour le concept de bien-être psychologique est toujours présent tant au niveau de la recherche que dans le domaine clinique parce qu'il est au centre des préoccupations des théoriciens et des cliniciens désireux de venir en aide aux personnes âgées. La découverte de facteurs pouvant influencer le bien-être psychologique peut s'avérer très utile aux cliniciens dans l'élaboration de programmes d'intervention adaptés aux personnes âgées. De plus, l'utilisation de mesures d'évaluation du bien-être psychologique peut augmenter l'efficacité des interventions et se révéler très utile à la recherche.

Les chercheurs qui se sont intéressés au bien-être psychologique ont orienté leurs travaux selon deux directions (Kozma et Stones, 1978). Certains ont dirigé leurs recherches sur la conceptualisation et les mesures du bien-être psychologique tandis que d'autres se sont consacrés à l'étude des variables reliées au bien-être. Une recension des écrits montre davantage d'études portant sur les diverses variables reliées au bien-être comme l'âge, le sexe, la perception de la santé, le revenu, le statut social, le réseau social, la participation aux activités et les traits de personnalité (Diener, 1984; Kozma et Stones, 1978; Larson, 1978). Les recherches scientifiques consacrées à la conceptualisation du bien-être psychologique sont beaucoup moins nombreuses et ne datent que d'une vingtaine d'années. (Diener, 1984; George, 1981; Horley, 1984; Mc Neil, Stones et Kozma, 1986).

Les composantes du bien-être psychologique

Les recherches entreprises pour découvrir les composantes du bien-être psychologique ont soulevé plusieurs controverses conduisant à un manque de consensus pour adopter une définition du bien-être psychologique (George, 1981; Headey, Kelley et Wearing, 1993; Kozma et Stones, 1978; Michalos, 1980). Divers vocables sont utilisés pour désigner le bien-être psychologique. Les plus fréquemment utilisés sont la satisfaction de vivre, le bonheur et le moral (George, 1979; George et Bearon, 1980). De plus, ils sont très souvent utilisés de façon interchangeable (Botwinick, 1984, George, 1981; Horley, 1984). Cette utilisation provoque une confusion concernant ce qui est mesuré et rend difficile l'interprétation des résultats obtenus (Cicerelli, 1989).

Sauer et Warland (1982) déplorent le manque de cadre conceptuel bien articulé. Ces définitions proviennent plutôt de diverses mesures utilisées par les auteurs découlant de leur propre conception. Certains auteurs ont même suggéré un moratoire sur le développement de nouvelles mesures de bien-être tant que les concepts fondamentaux reliés au bien-être psychologique ne seront pas mieux définis (George, 1981; Gubrium et Lynott, 1983; Sauer et Warland, 1982).

Horley (1984) se demande si la satisfaction de vivre, le bonheur et le moral mesurent de façon différente un même construit ou bien s'ils

mesurent des éléments différents reliés à un construit plus général pouvant les englober tous les trois.

Les résultats de nombreuses recherches démontrent qu'il y a des différences entre la satisfaction de vivre, le bonheur et le moral particulièrement au niveau du cadre de référence temporelle et de l'activité cognitive et affective impliquée dans ces composantes.

A. La satisfaction de vivre

La composante satisfaction de vivre couvre l'espace compris entre le présent et le passé. Elle implique une activité cognitive qui est habituellement assez grande. Le contenu affectif positif ou négatif prend moins d'importance. Cette position s'explique parce que la satisfaction de vivre consiste en l'évaluation de la réussite de sa vie selon l'atteinte des buts que l'on s'était fixés. Cela nécessite le besoin d'une plus grande activité cognitive parce cette forme d'évaluation est basée sur des comparaisons. Cette comparaison peut se situer au niveau social (ma vie comparée à celle de mes amis); cela peut être une comparaison face à moi-même à travers le temps (ma vie présente comparée à ma vie d'il y a 10 ans) ou cette comparaison peut prendre la forme d'un bilan de vie (en évaluant ma vie dans son ensemble). Cette évaluation comporte peu de réponses affectives ou du moins aucune réponse avec beaucoup d'émotion. En effet, normalement la réalisation de nos buts dans la vie est généralement accompagnée d'émotions positives modérées. Par ailleurs, un échec face à nos objectifs s'exprime aussi par des émotions négatives modérées.

Ainsi, l'orientation centrée sur la satisfaction de vivre se réfère à un jugement global d'une personne selon ses propres critères, basé sur une comparaison entre les aspirations et les réalisations dans les conditions actuelles. La satisfaction de vivre inclut une dimension cognitive-évaluative et se rapporte davantage au passé (Andrews et Mc Kennell, 1980; Campbell et al., 1976 ; Mc Kennell et Andrews, 1983; Shin et Johnson, 1978).

B. Le bonheur

La composante de bonheur quant à elle fait plutôt référence à une évaluation affective de la qualité de vie psychologique. Elle est reliée au domaine des émotions ressenties par les personnes au sujet de l'état actuel de leur vie (Bradburn, 1969; Campbell et al., 1976; Mc Kennell et Andrews, 1983; Stull, 1987). Le bonheur concerne davantage le moment présent et peu d'activité cognitive est impliquée dans l'évaluation du bonheur parce l'individu se situe dans le domaine des émotions. Ce concept englobe la gamme complète des émotions allant du positif au négatif en passant par une position plus neutre.

C. Le moral

La composante de moral indique une façon positive et optimiste (confiance et courage) de considérer la vie et d'envisager le futur (Kozma et Stones, 1980; Lawton, 1975). Elle englobe une certaine portion du présent mais s'intéresse surtout au futur. Elle inclut une dimension affective et nécessite une somme moyenne d'activité cognitive. Ainsi, le moral est une

disposition positive (optimisme) ou négative (pessimisme) adoptée par un individu face au futur basée sur une évaluation cognitive des événements de la vie.

Le bien-être psychologique considéré comme un construit global

Même si ces composantes diffèrent quant à la quantité d'activité cognitive impliquée et à la dimension temporelle considérée au niveau du cadre conceptuel, l'analyse des définitions théoriques et opérationnelles a démontré que ces composantes appartiennent toutes à un même domaine conceptuel (Lohmann, 1977, 1980). L'analyse de plusieurs instruments de mesure de satisfaction de vivre, de bonheur et de moral montrent d'ailleurs des corrélations significatives positives variant de modérées à fortes entre elles (Lohmann, 1980; Larson, 1978). Larson (1978) en conclut que les divers instruments de mesure utilisés pour évaluer le bien-être psychologique mesurent une dimension que l'on pourrait appeler le bien-être subjectif. Il suggère alors l'élaboration d'une mesure globale qu'on pourrait appeler la perception subjective du bien-être. Diener (1984) et Lohmann (1980) abondent dans le même sens. Ainsi, le bien-être psychologique serait un construit interne se rapportant à la dimension affective, positive ou négative. Campbell (1976) affirme qu'aborder le bien-être psychologique, c'est entrer dans le domaine de la subjectivité et c'est essentiel pour atteindre vraiment ce que nous désirons mesurer :

" If we are primarily concerned with describing

the quality of life experience of the population ...
 we have to develop measures that go directly
 to the experience itself. These subjective
 measures... will have the greater advantage of
 dealing directly with what it is want to know,
 the individual's sense of well-being" (p. 118) ¹

Campbell (1981) appuie cette position et affirme : " qu'il est impossible de comprendre la qualité psychologique de la vie d'une personne seulement en connaissant les circonstances dans lesquelles cette personne vit " (p. 1).

Une tentative d'expliquer le bien-être psychologique doit insister sur l'expérience vécue par les individus et mettre l'accent sur les perceptions subjectives des personnes concernées. L'emphase doit être mise sur comment se sentent les personnes elles-mêmes au sujet de leur bien-être psychologique plutôt que sur des conditions de vie objectives (Campbell et al., 1976; Diener, 1984; George et Clipp, 1991; Stock, Okun et Benin, 1986). Ainsi, les personnes âgées bénéficiant de conditions objectives de vie élevées peuvent être très insatisfaites de leur vie et inversement des personnes ayant des conditions de vie plus précaires peuvent s'avérer satisfaites de leur vie. En voulant expliquer le désaccord entre les conditions extérieures et

¹ Si nous voulons vraiment décrire la qualité de vie d'une population... nous devons développer des instruments qui évaluent directement le vécu lui-même. Ces évaluations subjectives auront l'immense avantage de traiter directement ce que nous voulons savoir c'est-à-dire le bien-être subjectif de chaque individu.

l'expérience interne, Freedman (1978) mentionne que ce sont les mécanismes psychologiques de chaque individu qui déterminent le bonheur beaucoup plus que les diverses expériences auxquelles il est confronté quotidiennement.

Lawton (1983) affirme que le bien-être psychologique est plus global et moins associé aux domaines particuliers de la vie quotidienne que la perception de la qualité de vie. Le bien-être psychologique est un sens subjectif de la satisfaction globale et de l'état mental positif d'un individu.

Une synthèse des écrits scientifiques en gérontologie sociale (Okun et Stock, 1987) mentionne que la majorité des travaux qui ont tenté de définir les composantes du bien-être ont utilisé l'analyse factorielle. Les recherches portent sur les principaux instruments de mesure servant à évaluer le bien-être psychologique comme le Life Satisfaction Index A (LSI-A) de Neugarten et al. (1961), le Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) de Lawton (1975) et l'Affect Balance Scale (ABS) de Bradburn, 1969). Les résultats des analyses factorielles montrent que les instruments d'évaluation contiennent plus qu'un facteur. Les auteurs affirment que de nombreux chercheurs reconnaissent que la structure du bien-être psychologique est constituée d'une composante affective et d'une composante cognitive (Andrews et Mc Kennell, 1980; Mc Kennell et Andrews, 1983). Certains reconnaissent la présence de trois composantes soit de l'affect positif, l'affect négatif et une composante cognitive (Lohmann, 1980). L'affect se réfère aux émotions immédiates de l'individu comme dans la perception du

bonheur. L'élément cognitif se retrouve dans le processus de comparaison utilisé dans l'évaluation de la satisfaction de vivre. Chamberlain (1988), lors de son recensement, conclut lui aussi que les études retiennent deux composantes du bien-être psychologique : l'une affective et l'autre cognitive même si l'on utilise divers instruments de mesure (Andrews et Withey, 1976; Beiser, 1974; Bryant et Veroff, 1984; Campbell et al., 1976).

Définition du bien-être psychologique

Diener (1984), Okun et Stock (1987) et Chamberlain (1988) s'accordent pour affirmer que toute étude du bien-être psychologique devrait tenir compte de la présence d'une composante affective (affect positif, affect négatif) et d'une composante cognitive. Pour eux, les composantes de satisfaction de vivre, de bonheur et de moral évaluent un même domaine conceptuel variant au niveau du cadre temporel et de l'intensité affective. Certains chercheurs (Georges, 1981; Hollandworth, 1987; Horley, 1984; Stock et al., 1986) suggèrent, afin d'éviter la confusion conceptuelle entre le bien-être psychologique et ses composantes, de considérer le bien-être psychologique comme un concept parapluie, c'est-à-dire un concept large et abstrait ayant des composantes concrètes comme la satisfaction de vivre, le bonheur et le moral. Ce concept englobe les deux dimensions dont il faut tenir compte dans toutes les recherches sur le bien-être psychologique soit la dimension affective (affect positif et affect négatif) et la dimension cognitive (Chamberlain, 1988; Diener, 1984; Stock et al., 1986).

Stock et al. (1986) proposent une définition du bien-être psychologique qui tient compte des résultats des recherches antérieures: le bien-être psychologique ou subjectif est un construit abstrait, excessivement ordonné, situant les réactions affectives des individus à leurs expériences de vie sur un continuum allant du positif au négatif.

Ainsi, le bien-être psychologique est un construit global et multidimensionnel, un terme parapluie recouvrant des composantes qui lui sont subordonnées comme la satisfaction de vie, le bonheur et le moral (George, 1981; Hollandworth, 1987; Horley, 1984; Stock et al., 1986). Ces composantes se distinguent sous les dimensions affective, temporelle et cognitive. On y tient compte des perceptions des expériences de vie plutôt que des conditions de vie objectives (Campbell et al., 1976; Diener, 1984; Stock et al., 1986). La gamme complète des émotions y est incluse (du positif au négatif).

En résumé, le bien-être psychologique est le résultat d'une appréciation cognitive et affective individuelle concernant la vie dans son ensemble. Le bien-être psychologique comprend à la fois des jugements cognitifs (satisfaction) et des réactions affectives (bonheur, moral). De plus, il possède trois caractéristiques: a) le bien-être psychologique est subjectif; parler de bien-être psychologique c'est faire référence à une expérience intérieure. Dans les recherches, le bien-être subjectif est souvent utilisé comme synonyme de bien-être psychologique; b) le bien-être psychologique

résulte d'une évaluation positive ou d'un état affectif positif et il n'est pas seulement le résultat de l'absence de facteurs négatifs (comme en santé mentale); c) le bien-être psychologique est généralement le résultat d'une évaluation globale plutôt que le résultat d'une évaluation dans un ou plusieurs domaines particuliers comme le travail, les relations sociales, la famille, etc.

Les variables qui influencent le bien-être psychologique

Les études théoriques cherchant à définir le bien-être psychologique et à trouver ses principales composantes sont peu nombreuses et ne connaissent un essor que depuis une vingtaine d'années. Cependant, les travaux cherchant à déterminer les variables qui peuvent influencer le bien-être psychologique sont beaucoup plus nombreux (Diener, 1984; Kozma et Stones, 1978; Larson, 1978). Les pages suivantes présentent les résultats des diverses recherches qui ont étudié l'impact des variables comme l'âge, le sexe, le statut civil, la santé, le revenu, le niveau de scolarité, le statut socio-économique, le milieu rural ou urbain sur le bien-être psychologique. La variable croyance irrationnelle qui constitue la variable (indépendante) centrale de ce travail pouvant affecter le bien-être psychologique sera développée dans une autre partie de ce chapitre.

A. Age

La pauvreté des études longitudinales devient un problème majeur pour étudier la relation entre le bien-être psychologique et l'âge (Kozma et Stones, 1978). La majorité des chercheurs utilisent un échantillon

homogène de sujets à un moment précis dans le temps (Morris et Sherwood, 1975; Moriwaki, 1974) ou emploient une méthode transversale (Bradburn et Caplovitz, 1965; Cameron, 1975). Ces travaux peuvent aider à découvrir des prédicteurs du bien-être psychologique chez les personnes âgées mais sont peu utiles pour une compréhension de la relation âge/bien-être. Les quelques études longitudinales n'offrent que peu de réponses à la compréhension de cette relation (Graney, 1975; Palmore, 1968).

Pour plusieurs, le vieillissement est synonyme de déclin physique mais aussi psychologique. Une étude a démontré que cette baisse du bien-être psychologique est plutôt attribuable à des facteurs comme la diminution de la santé physique et des ressources financières, la perte d'un conjoint ou d'amis (Louis Harris et al., 1975). L'association entre le bien-être psychologique et l'âge disparaît lorsque ces facteurs sont soumis à des contrôles statistiques (Edwards et Klemmack, 1973; Kivett, 1976; Larson, 1978). Plusieurs recherches abondent en ce sens et n'établissent aucune relation entre le bien-être et l'âge (Andrews et Whitey, 1976; Spreitzer et Snyder, 1974; Vallerand, O'Connor et Blais, 1989).

Cependant, des écrits soulignent de légères corrélations entre l'âge et le bien-être psychologique (Diener, 1984; Kozma et Stones, 1978; Landreville et Vézina, 1992; Larson, 1978; Mc Neil et al., 1986). Certains auteurs rapportent que les individus plus jeunes sont plus heureux (Bradburn et Caplovitz, 1965; Gurin, Veroff et Feld, 1960). Une enquête effectuée auprès

de Canadiens de 15 ans et plus, dévoile que le niveau de bonheur diminue avec l'âge. Les personnes âgées (75 ans et plus) ayant le plus tendance à se dire malheureuses (Statistique Canada, 1987). Lee et Ishui-Kuntz (1987) remarquent une relation faible mais significative entre l'âge et le bien-être psychologique. Quelques résultats indiquent que l'âge peut-être relié différemment selon la mesure de bien-être utilisée: des chercheurs observent que la satisfaction de vivre augmente avec l'âge tandis que le fait d'être heureux (bonheur) décroît avec l'âge (Campbell et al., 1976; Herzog et Rodgers, 1981; Krause, 1993). Diener (1984) explique ce phénomène par la tendance démontrée par les gens plus jeunes à vivre des émotions plus intenses comme le bonheur, tandis que les personnes plus âgées ont tendance à juger l'ensemble de leur vie de façon plus positive.

Michalos (1982) a trouvé des prédicteurs différents du bien-être selon l'âge: ainsi le bien-être des personnes âgées de 65-74 ans est influencé par la satisfaction face à l'époux(se), à l'amitié et aux services gouvernementaux. Le bien-être psychologique des personnes âgées de 75 ans et plus dépend du degré de satisfaction vécue face à l'époux(se), à l'amitié et à une sécurité financière.

B. Sexe.

Le sexe de l'individu ne semble pas influencer le bien-être psychologique des personnes âgées. La majorité des auteurs n'ont découvert aucune influence de la variable sexe sur le bien-être (Bond, 1982; Bowling et

Browne, 1991; Collette, 1984; Harvey, Bond et Greenwood, 1991; Lavallée, 1985; Lefebvre-Girouard, 1986, Liang, 1982; Strain et Chappell, 1982; Usui, Keil et Durig, 1985).

Cependant, quelques auteurs observent des différences entre les sexes sur une mesure globale de satisfaction de vivre (Markides et Martin, 1979; Medley, 1976, 1980; Michalos, 1982). Rogalski et Palsey (1987) observent dans un échantillon de 120 personnes âgées retraitées dont l'âge moyen est de 73 ans, une différence significative ($p < .05$) entre les sexes. Les hommes manifestent une satisfaction de vivre supérieure aux femmes.

Même si Krause (1987) et Vallerand et al. (1989) ne constatent aucune différence entre les sexes sur une mesure de satisfaction de vivre, ils observent que les hommes ont tendance à rapporter un niveau de satisfaction de vivre plus élevé que les femmes.

Deux autres études évaluant le niveau de bonheur des personnes soulignent une interaction entre le sexe et l'âge des participants: ainsi, il apparaît que les femmes les plus jeunes sont plus heureuses que les hommes plus jeunes mais les femmes plus vieilles sont moins heureuses que les hommes plus âgés (Medley, 1976; Spreitzer et Snyder, 1974).

Par ailleurs, quand certaines variables sont contrôlées, aucune relation significative n'est observée entre la variable sexe et le bien-être

psychologique. Ainsi, Harris et al. (1975) ont étudié l'influence de la variable sexe sur le bien-être psychologique des personnes âgées en contrôlant la santé, le statut socio-économique, l'âge, le travail ou la retraite, l'état civil et l'interaction sociale: aucune différence significative n'est observée entre les sexes.

Selon les résultats obtenus par diverses recherches, l'effet du sexe sur le bien-être psychologique n'est pas clair et les relations ne sont pas constantes. Mc Neil et al. (1986) se demandent si l'utilisation de diverses mesures pour évaluer le bien-être psychologique (satisfaction de vivre, bonheur, moral) peut expliquer l'inconsistance des résultats observés dans les recherches.

C. Statut civil.

Certaines recherches démontrent que les personnes âgées mariées obtiennent un score moyen plus élevé de bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973; Spreitzer et Snyder, 1974; Sauer, 1977). Cependant lorsque le statut socio-économique et d'autres variables comme l'éducation sont contrôlées, Edwards et Klemmack (1973) ne remarquent aucune relation significative. Quelques études ont trouvé que le niveau de bien-être psychologique est plus élevé pour les personnes mariées que pour les veufs(ves) (Arens, 1982-83; Atchley, 1975; Hutchison, 1975; Kutner, Faushei, Togo et Langer, 1956; Morgan, 1976). L'effet du veuvage sur le bien-être psychologique est indirect avec son effet primaire sur les autres

prédicteurs du bien-être comme le revenu, les activités sociales et d'autres facteurs qui accompagnent généralement le veuvage.

Les résultats de certains travaux révèlent que le bien-être psychologique des célibataires tend à être approximativement équivalent à celui des gens mariés mais les personnes mariées et les personnes célibataires expriment une plus grande satisfaction de vivre que les personnes divorcées, veuves ou séparées (Kutner et al., 1956; Pihlblad et Adams, 1972; Rogalski et Paisey, 1987). Chappell et Badger (1989) n'ont pas réussi à trouver un effet statistique significatif du mariage sur le bonheur et sur la satisfaction de vivre.

Bond (1982) ayant contrôlé les variables sexe, âge, retraite, instruction et participation à des activités bénévoles, ne voit aucune relation entre le statut civil et la satisfaction de vivre.

D. Santé

De nombreuses études rapportent l'existence d'une relation entre la santé physique et le bien-être psychologique (Bowling et Browne, 1991; Dillard, Campbell et Chisolm, 1984; Georges et Landerman, 1984; Harvey, Bond et Greenwood, 1991; Kozma et Stones, 1983; Zautra et Hempel, 1984). De toutes les variables pouvant influencer le bien-être psychologique, la santé physique est celle qui semble avoir le plus d'influence (Diener, 1984; Kozma et Stones, 1978; Larson, 1978; Mc Neil et al., 1986; Okun, Stock, Harring,

Witter, 1984;).

Même si Landreville et Vézina (1992) n'ont trouvé aucune relation significative entre l'évaluation subjective de la santé physique et le bien-être psychologique, de nombreuses recherches relient positivement la santé physique au bien-être psychologique. Rogalski et Paisey (1987) évaluant un groupe de 120 personnes âgées retraités dont l'âge moyen est de 73 ans, constatent que celles qui sont en excellente santé se déclarent plus heureuses. De même, des personnes dont la santé physique est moins bonne ou qui présentent certains déficits physiques expriment une moins grande satisfaction de vivre (Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978; Palmore et Luickart, 1972; Spreitzer et Snyder, 1974).

La santé demeure une variable qui influence le bien-être psychologique même lorsque certaines variables sont contrôlées. Ainsi, lorsque les effets du niveau socio-économique, de la participation sociale et des relations avec les amis sont contrôlés, la corrélation entre l'état de santé et la satisfaction de vivre demeure significative quelque soit l'âge de la personne âgée (Bull et Aucoin, 1975; Edwards et Klemmack, 1973). Les travaux de Clemente et Sauer (1976) et Larson (1978) confirment ce lien significatif lorsque l'âge et le statut socio-économique sont soumis à des contrôles statistiques.

La santé physique se montre un bon prédicteur de la satisfaction de vivre (Chappell et Badger, 1989; Larson, 1978; Markides et Martin, 1979;

Stull, 1987; Vallerand et al., 1989), du bonheur et du moral (Lee et Ishui-Kuntz, 1987; Mc Kenzie et Campbell, 1987; Stull, 1988).

La méthode pour évaluer la santé s'avère importante pour mesurer l'impact de la santé physique sur le bien-être psychologique. Plusieurs recherches scientifiques confirment la pertinence de l'auto-évaluation de la santé dans ce groupe d'âge. Des études démontrent que la perception qu'une personne a de sa santé (auto-évaluation) est le facteur qui contribue le plus à son bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978; Palmore et Luickart, 1972; Spreitzer et Snyder, 1974). Pour certains chercheurs, l'auto-évaluation de la santé se présente comme un meilleur prédicteur que l'évaluation objective ou comportementale faites par des médecins ou des infirmières (Snider, 1980; Spreitzer et Snyder, 1974; Vallerand et al., 1989). Thorslund et Norström (1993) affirment que l'auto-évaluation fournit une meilleure idée générale et globale de la santé de la personne. Maddox et Douglas (1973) affirment que l'auto-évaluation de la santé est de toute évidence appropriée pour les personnes âgées, car cette clientèle possède un fort sens de la réalité. Toutefois, les évaluations objectives demeurent un bon prédicteur du bien-être (Chappell et Badger, 1989; Snider, 1980; Zautra et Hempel, 1984).

Les résultats observés dans les nombreuses recherches montrent que la santé est un facteur très important pour le bien-être psychologique des personnes âgées puisque cette variable représente de 10 à 16% de la

variance du bien-être psychologique selon les recherches.

E. Statut socio-économique

Cette variable se montre assez complexe. Le niveau socio-économique inclut d'autres variables comme l'instruction, l'occupation et le revenu (Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978). Le niveau socio-économique influence de façon significative la satisfaction de vivre des personnes âgées. Mullis (1992) mentionne que le bien-être économique s'avère un bon prédicteur du bien-être psychologique même s'il n'explique que 4% de la variance du bien-être psychologique. En général, les personnes âgées appartenant à un milieu socio-économique privilégié ont tendance à être satisfaites de leur vie tandis que celles qui ont un niveau plus bas se considèrent moins heureuses (Bull et Aucoin, 1975; Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973). Cette association est maintenue lorsque les variables santé, emploi ou statut civil sont contrôlées (Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973).

Cette relation ne dépend pas d'un seul élément du statut socio-économique. Le revenu est la variable la plus importante et dont l'influence se fait le plus sentir (Cutler, 1973; Edwards et Klemmack, 1973; Spreitzer et Snyder, 1974). Deux auteurs ont démontré que l'occupation et la scolarité de l'individu joue un rôle sur la perception du bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973; Spreitzer et Snyder, 1974). Enfin, Mullis (1992) souligne que la satisfaction face à sa situation financière se montre un bon prédicteur

du bien-être psychologique même si elle n'explique que 7% de la variance totale du bien-être psychologique.

1. Revenu

Larson (1978) a trouvé que la relation entre le revenu et le bien-être psychologique était significatif mais ne représentait dans les diverses études recensées qu'une faible proportion de la variance du bien-être psychologique (1 à 9%). Par ailleurs, le revenu explique à lui seul la presque totalité de la relation entre le statut socio-économique et le bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973).

Certains auteurs découvrent que la relation entre le revenu et le bien-être est plus grande chez les gens à faible revenu (Bradburn et Caplovitz, 1965; Palmore et Luickart, 1972). Ils expliquent ces résultats en supposant qu'il existe un revenu minimum nécessaire au bien-être psychologique d'une personne, mais qu'une fois cette condition satisfaite, le revenu exerce une influence moins déterminante sur le bien-être.

Le revenu joue un rôle important au niveau de la satisfaction de vivre (Chappell et Badger, 1989; Vallerand et al., 1989), du bonheur (Bradburn, 1969; Campbell et al., 1976; Chappell et Badger, 1989) et du bien-être psychologique des personnes âgées (Andrews et Withey, 1976; Bortner et Hultsch, 1970; Clemente et Sauer, 1976).

Usui et al. (1985) ont démontré que le revenu est un bon prédicteur du bien-être psychologique et la proportion de variance expliquée du bien-être est semblable à celle rapportée par Larson (1978).

Le revenu influence de façon indirecte le bien-être psychologique des personnes âgées. Krause (1993) constate que les personnes qui éprouvent des difficultés financières rapportent des humeurs positives plus faibles et des humeurs négatives plus élevées que celles qui disent ne pas avoir de difficultés financières. Chatfield (1977) montre qu'un revenu élevé peut réduire les effets négatifs des problèmes de santé sur la satisfaction de vivre.

2. Niveau de scolarité

Très peu de recherches ont été faites concernant les effets de la scolarité sur le bien-être psychologique des personnes âgées (Brockett, 1987). Il semble assez difficile d'isoler cette variable de celles de revenu et de statut professionnel, lors de l'évaluation du bien-être psychologique. Cela est peut-être dû à la pratique habituelle qui consiste à inclure la scolarité avec le revenu et le statut professionnel comme une mesure du statut socio-économique (Larson, 1978) ou simplement d'utiliser le terme statut socio-économique à la place de scolarité (Liang, 1982).

Le niveau de scolarité peut influencer le bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973; Hofsess, 1980; Sternberg, 1976). Rogalski et Paisey (1987) constatent que dans un groupe de personnes âgées retraitées,

les professionnels et les personnes plus scolarisées rapportent une plus grande satisfaction de vivre. Clark et Anderson (1967) ont noté que le plus haut niveau de bien-être psychologique se retrouvait chez les gens qui avaient un niveau moyen de scolarité. Cependant, quand certains facteurs sont contrôlés, cette relation devient faible (Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978) ou n'est plus significative (Palmore, 1979; Toseland et Rasch, 1979-80; Speltzer et Snyder, 1974).

La scolarité influence de façon indirecte le bien-être psychologique. Cockerman, Sharp et Wilcox (1983) ont trouvé que la scolarité est reliée positivement à la santé perçue. Graney et Zimmerman (1980-1981) concluent que la scolarité influence la perception de la santé physique qui à son tour influence le moral d'un individu. Mc Neil et al. (1986) affirment que ce n'est pas la scolarité elle-même qui est importante pour le bien-être psychologique des personnes âgées mais ce que la scolarisation permet d'obtenir, c'est-à-dire un salaire plus élevé, une meilleure résidence, un meilleur niveau de vie. Krause (1991) note que les personnes âgées ayant un niveau de scolarité moins élevé éprouvent plus de difficultés financières.

F. Milieu rural et urbain

Lee et Lassey (1980) ont effectué une recension des écrits concernant le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en milieu rural. Ces auteurs citent les travaux de Youmans (1973, 1977) qui montrent que les ruraux se disent plus heureux que les citadins; ils

rapportent trois autres études qui elles n'ont trouvé aucune différence même si les ruraux ont un revenu inférieur et bénéficient de moins de services sociaux. Windley et Scheidt (1982) ont étudié 18 régions rurales du Kansas. Ils n'ont trouvé aucune relation entre le fait de vivre en milieu rural et le bien-être psychologique. Kozma et Stones (1983) ont trouvé des différences dans le degré de satisfaction entre 200 personnes âgées vivant dans un milieu rural, 200 personnes habitant dans un milieu urbain et 200 personnes en institution. Les ruraux sont significativement plus heureux que les âgés en institution; les citadins ne diffèrent pas des deux autres groupes. Michalos (1982) a découvert que les ruraux exprimaient une plus grande satisfaction de vie en général. Reitzes, Mutran et Pope (1991) constatent que des retraités qui vivent en région métropolitaine présentent un bien-être psychologique inférieur à des retraités qui vivent en banlieue ou en région rurale. Harvey, Bond et Greenwood (1991) ont étudié trois indicateurs de bien-être chez des personnes âgées du Manitoba vivant en milieu rural. Les ruraux expriment un bien-être psychologique élevé confirmant des nombreuses études antérieures. Le sexe et l'âge n'exercent aucune influence sur le bien-être tandis qu'un revenu élevé et une bonne santé augmentent la perception du bien-être psychologique. Cependant, des analyses de régression montrent qu'une bonne santé est associée à une plus grande satisfaction de vivre et du bonheur en général mais que le revenu n'est relié à aucune mesure du bien-être.

Données épidémiologiques au Canada et au Québec

La plupart des recherches sur le bien-être psychologique des personnes âgées proviennent surtout des États-Unis (Cormier et Trudel, 1986). Quelques études ont évalué le bien-être psychologique des personnes âgées au Canada et au Québec. Quelques travaux ont étudié plus particulièrement les personnes âgées hébergées en institution et en famille d'accueil.

A. Le bien-être psychologique des personnes âgées vivant au Canada

Une enquête sociale générale a été effectuée en 1985 auprès de la population canadienne (15 ans et plus) afin de connaître son état de santé physique et mental (Statistique Canada, 1987). Cette enquête a permis de rejoindre 3,130 personnes âgées (65 ans et plus et ne résidant pas en institution) et d'évaluer leur niveau de bien-être psychologique (bonheur). Les résultats de cette enquête sont obtenus par une auto-évaluation du bien-être psychologique.

Les personnes âgées dont l'âge varie entre 65-74 ans se disent très heureuses dans une proportion de 47 %, tandis que 49 % affirment être plutôt heureuses et que 4 % se reconnaissent comme très malheureuses. Les personnes âgées de 75 ans et plus, pour leur part se montrent très heureuses dans 43 % des cas; plutôt heureuses dans 48 % des cas et très malheureuses dans 9 %. Cette enquête révèle que la très grande majorité des personnes âgées résidant au Canada s'estiment très heureuses ou plutôt heureuses. Elle

rapporte aussi que le degré de bonheur diminue avec l'âge et que les personnes de 75 ans et plus ont le plus tendance à se dire malheureuses. Aucune différence significative n'apparaît entre les hommes et les femmes sur cette mesure de bien-être psychologique.

B. Le bien-être psychologique des personnes âgées vivant au Québec

1. Personnes âgées vivant à domicile

Une enquête (coupe transversale) effectuée en 1987 pour connaître la santé des québécois (Lapierre et Adams, 1989) comporte un volet mesurant leur niveau de bonheur, c'est-à-dire la perception subjective et globale qu'ils ont de leur état de santé psychologique (bien-être psychologique). Les résultats de cette enquête sont essentiellement descriptifs et sont obtenus par une auto-évaluation du bien-être psychologique. Cette enquête exclut les personnes âgées vivant en institution.

Les résultats démontrent que la majorité des personnes âgées (65ans et plus) soit 57% se déclarent plutôt heureuses; que 35% des personnes dont l'âge varie entre 65-74 ans et 32% des personnes de 75 ans et plus s'estiment très heureuses tandis que 8 % des personnes ayant entre 65-74 ans et 11 % de celles ayant plus de 74 ans ne se sentent pas très heureuses. La proportion des personnes âgées qui se considèrent plutôt heureuses est semblable à celle des groupes plus jeunes. La proportion des personnes pas très heureuses augmente cependant avec l'âge (15-24 ans = 4 %; 25-44 ans = 4 %; 45-64 ans = 7 %; 65-74 ans = 8 %; 75 ans et plus = 11 %). En général, la

population âgée du Québec s'estime plutôt heureuse et cela s'observe autant chez les hommes que chez les femmes.

2. Personnes âgées vivant en institution.

Les études précédentes effectuées au Canada ou au Québec sur le bien-être psychologique ne tenaient pas compte des personnes âgées résidant en institution. Une étude québécoise s'est particulièrement intéressée à cette population. Cette recherche a été menée auprès de 69 établissements d'hébergement publics et privés du Québec (Lefebvre-Girouard et al., 1986). Cet échantillon comprend 1071 personnes âgées hébergées en pavillons (10-29 lits), dans des petits établissements (30-74 lits), des établissements moyens (75-124 lits) et des grands établissements (125 lits et plus). La clientèle choisie se compose de personnes âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie physique et/ou mentale. Toute personne qui présentait des signes psychiatriques ou des troubles graves de comportement était exclue de l'échantillon. Cette recherche a évalué la perception de la satisfaction de vivre et du moral des personnes âgées hébergées en institution.

Les résultats de cette recherche indiquent que 28.2 % des personnes âgées lucides n'ont que peu de satisfaction de la vie présente; 41.5% en retirent modérément de satisfaction; 22.9 % en retirent beaucoup tandis que 7.4 % en ressentent énormément. Donc, plus des deux tiers (69.7%) des personnes âgées interrogées retirent peu ou modérément de satisfaction de leur vie présente. On constate que 12 % des personnes âgées hébergées

manifestent un moral très faible et que la moitié (52.9 %) en manifestent un moyennement faible. Par contre, le tiers (32.5 %) présentent un moral modéré ou élevé et seulement 2.4 % un moral très élevé. Donc, 64.9 % des personnes âgées hébergées démontrent un moral très faible ou moyennement faible. Les hommes et les femmes ont obtenu des résultats similaires sur ces mesures de satisfaction de vivre et de moral. Les variables sexe et durée d'hébergement n'ont pas d'influence significative sur la satisfaction de vivre et le moral des personnes âgées hébergées en institution.

Une autre recherche effectuée par une équipe de chercheurs du Laboratoire de Psychologie Sociale de l'Université du Québec à Montréal (Vallerand et al., 1989) ont comparé une population de personnes âgées vivant en institution et une autre demeurant à domicile. L'objectif de la recherche était de vérifier si les personnes âgées vivant en institution et pouvant exercer leur auto-détermination sont aussi satisfaites de vivre que les personnes vivant à domicile. L'échantillon se compose de 199 personnes âgées de langue française (149 femmes, 50 hommes) âgées de 65 ans et plus (M: 76.7 ans) dont 50 vivent à domicile et 50 dans des loyers à prix modique. Ils habitent dans la région métropolitaine de Montréal. Les autres sujets proviennent de 15 institutions de la même région. Les résultats de cette recherche montrent que les personnes âgées à domicile, dans des loyers à prix modique, et dans des maisons de santé qui offrent un grande possibilité d'auto-détermination rapportent un même degré de satisfaction de vivre. Par ailleurs ces populations montrent un degré de satisfaction de vivre supérieur

aux personnes âgées demeurant dans des institutions n'offrant qu'une très faible possibilité d'auto-détermination pour les résidents. Le degré de satisfaction semble relevé davantage de la possibilité d'auto-détermination que du lieu de résidence des personnes âgées.

3. Personnes âgées vivant en famille d'accueil

La ressource famille d'accueil est principalement connue par son développement dans le secteur du placement des enfants et de la psychiatrie adulte. Quant à la famille d'accueil pour personnes âgées, milieu méconnu il n'y a pas si longtemps, elle devient une ressource de plus en plus envisagée lorsque l'on pense à l'hébergement des personnes âgées.

Une recension des écrits effectuée pour le Centre de Services Sociaux du Montréal Métropolitain (Grandmaison et Gosselin, 1986) met en évidence le peu de recherches effectuées sur le sujet. Au total, seulement huit (8) évaluations ont été recensées au cours de la période variant de 1970 à 1984. Cinq d'entre elles ont été réalisées aux Etats-Unis alors que les trois autres originent de la Saskatchewan, de l'Ontario et de Montréal.

Les clientèles sélectionnées ont généralement plus de 60 ans, sont en légère perte d'autonomie ou requièrent des soins non spécialisés. Les principales fonctions des familles d'accueil sont d'offrir chambre et pension; d'assurer la surveillance des soins personnels; de contrôler la médication et de favoriser l'épanouissement physique et psycho-social des résidents.

L'objectif principal visé par ces recherches est d'évaluer l'impact de la ressource famille d'accueil sur la qualité de vie des bénéficiaires. Les résultats de ces recherches permettent de conclure que la famille d'accueil offre une qualité de vie justifiant l'utilisation de cette ressource comme alternative à l'hébergement institutionnel. Cependant, les auteurs constatent que la plupart de ces recherches limitent leurs indicateurs de qualité de vie des bénéficiaires à leur autonomie fonctionnelle et sociale sans cerner davantage leur mode de vie ou leur contexte de vie, ni leur bien-être psychologique. En guise de conclusion, les auteurs recommandent d'autres recherches qui permettraient de cerner en profondeur la famille d'accueil en tant que milieu de vie en tenant compte des besoins des bénéficiaires. Ces recherches devront être réalisées pour mieux cerner non seulement la qualité de vie des résidents (indicateurs objectifs) mais leur bien-être psychologique (subjectif).

Les croyances irrationnelles

Importance du système de croyances

Le rôle des cognitions dans l'émergence des états émotifs a reçu une attention croissante tant d'un point de vue théorique qu'empirique au cours des dernières décennies. Les théoriciens psychodynamiques ont reconnu depuis fort longtemps l'importance des activités symboliques et des processus cognitifs dans l'émergence des états émotifs.

Le développement de la psychologie cognitive durant la décennie 1960-1970 marque un changement profond en psychologie et en psychothérapie. On commence à reconnaître l'importance des cognitions (interprétations, pensées, croyances) dans l'apparition et le maintien des émotions et le passage à l'action. De nombreux théoriciens et praticiens (Bandura, 1969 ; Beck, 1967, 1976 ; Berne, 1961, 1964 ; Franks, 1969) constatent que l'être humain ne réagit pas seulement à un stimulus externe mais aussi et surtout aux interprétations et aux cognitions qu'il se fait à partir de cette stimulation. Bandura (1969) souligne une double provenance des émotions :

" The overall evidence would seem to indicate that emotional behavior may be controlled by two different stimulus sources. One is the emotional arousal self-generated by symbolic activities in the form of emotion-provoking thoughts about frightening or pleasurable events. The second is the response evoked

directly by conditioned aversive stimuli" (p: 364) ²

Lazarus (1971, 1976) développe une approche multimodale qui inclut les cognitions comme une modalité importante. Selye (1956), le créateur du mot "stress", accorde un rôle important aux cognitions comme des agents médiateurs entre les éléments stressseurs et le stress. La théorie des émotions a joué un rôle prépondérant dans les tentatives récentes de comprendre et de changer les réponses émotives inappropriées comme la dépression, la colère et l'anxiété (Beck, 1976; Ellis et Grieger, 1977; Goldfried et Goldfried, 1980). Certains auteurs (Beck, 1976; Maultsby, 1971) affirment que non seulement les processus cognitifs jouent un rôle primordial dans la genèse de ces expériences particulières mais affectent également le niveau de la qualité de vie des individus réduisant ainsi leur bien-être psychologique et leur bonheur. D'un point vue clinique, il est important de constater comment les individus provoquent leurs émotions et quels sont les processus cognitifs impliqués dans l'éveil des émotions. Beck (1976) et Ellis (1962) ont tenté de préciser le contenu des cognitions pouvant créer des réponses émotives et/ou comportementales inappropriées influençant négativement le bonheur de l'individu. Ellis, en particulier, a identifié un nombre de croyances irrationnelles causant une perturbation émotive. La conception du système de croyances développé par Ellis fera l'objet de la section suivante.

² Il semblerait que, de toute évidence, le comportement émotif peut être contrôlé par deux sources de stimulation différentes. Une première source est l'éveil émotif auto-généré par des activités symboliques se manifestant par des pensées provoquant des émotions concernant des événements effrayants ou agréables. La deuxième source est la réponse suscitée directement par des stimuli aversifs conditionnés.

Les croyances irrationnelles selon Albert Ellis

Albert Ellis (1962) soutient que la plupart des désordres émotifs non seulement proviennent mais sont maintenus par l'adhésion à des croyances personnelles que l'on accepte comme vraies mais qui, en réalité se révèlent comme irrationnelles et incompatibles avec des comportements normaux et appopriés aux situations de la vie. Ce concept théorique est l'élément central de la "Psychothérapie rationnelle-émotive"³ développée par Albert Ellis (1957, 1958, 1962, 1973, 1977a, 1977b, 1984c, 1985a, 1985b, 1987, 1988).

A. L'Approche de la " Psychothérapie rationnelle-émotive "

La PRE conçoit l'être humain comme un être complexe possédant une forte tendance à établir et à poursuivre une grande variété de buts pouvant lui procurer le bonheur. Par ailleurs, on observe qu'il a aussi tendance à agir de manière insensée et inappropriée. Selon la PRE, l'adhésion à certaines croyances peut expliquer ce comportement.

Le fondement de base sur lequel s'appuie Ellis (1962) prend sa source dans une affirmation d'Epictète selon laquelle "ce ne sont pas les événements qui troublent les êtres humains, mais les idées qu'ils s'en font". Selon Ellis (1985c), les réactions émotives sont la conséquence des interprétations faites par les individus concernant leurs actions, leurs comportements et leurs expériences de vie. Ce cadre théorique souligne le

³ Rational-Emotive Therapy (RET)

rôle prépondérant des croyances personnelles sur l'éveil des émotions puisque les interprétations subjectives sont du moins en partie fonction des croyances personnelles. Ellis qualifie ces croyances personnelles inappropriées de croyances irrationnelles. Cette théorie n'affirme pas que tous les troubles émotifs prennent naissance dans les croyances irrationnelles et que toutes les croyances irrationnelles causent nécessairement des troubles émotifs; mais elle soutient que lorsqu'un être humain adhère à certaines croyances irrationnelles, il a tendance à se rendre malheureux et à entraver sa quête de bonheur (Ellis, 1988). Pour expliquer ce processus, Ellis propose le modèle ABC de la perturbation émotive (figure 1).

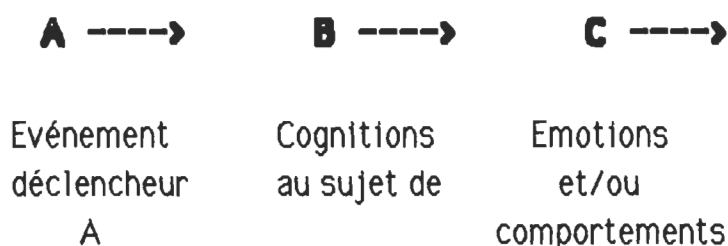


Fig. 1 Modèle ABC de la perturbation émotive selon Ellis (1962).

B. Le modèle A.B.C. de la perturbation émotive

L'individu perturbé éprouve en général une émotion désagréable et est souvent porté à poser des comportements nuisibles qui viennent entraver sa quête de bonheur. Cette émotion est ordinairement précédée d'un événement déclencheur (A) qui a affecté, affecte ou pourrait affecter la vie de la personne. Il semble, à prime abord, que cet événement cause le résultat émotif et/ou comportemental (C). Aucun événement réel ou imaginaire ne

serait capable de créer une émotion chez l'être humain. Entre l'événement et l'émotion qui le suit s'intercale la perception de cet événement et l'interprétation (B) qu'en fait la personne. Cette interprétation (basée sur nos croyances) détermine le type, l'intensité et la durée de l'émotion ressentie. Ainsi, si l'on appelle A l'événement, B la pensée et l'interprétation et C l'émotion ressentie, on peut dire que : B cause C en présence de A. Albert Ellis est d'abord un psychothérapeute et pense que les individus peuvent se défaire de la plupart de leurs difficultés émotives en maximisant leur façon de penser d'une manière rationnelle.

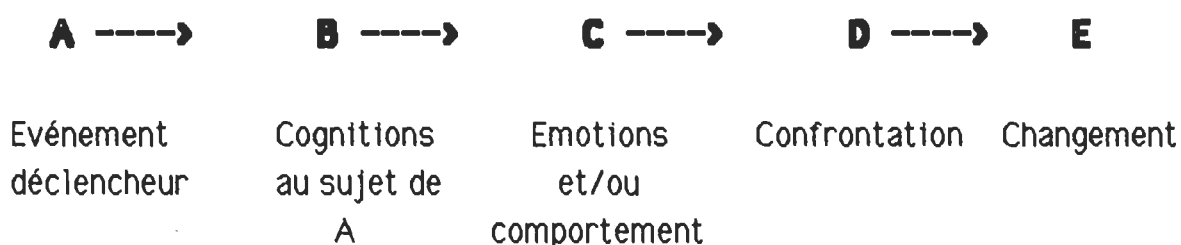


Fig. 2 Modèle ABCDE de la perturbation émotive selon Ellis (1973).

Ellis (1973) propose qu'à la théorie ABC s'ajoutent les points D et E (figure 2). Le thérapeute et le client peuvent confronter les croyances irrationnelles au point D et, de là, changer ou éliminer au point E les conséquences émotives et/ou comportementales inappropriées résultant de ces croyances et adopter une nouvelle philosophie de vie. Pour les besoins de cette recherche, les points D et E ne seront pris en considération que de façon indirecte et ne feront pas l'objet d'une explication ou démonstration particulière.

C. Définition des croyances irrationnelles

Les croyances irrationnelles sont l'élément clé dans la théorie PRE parce qu'elles causent et maintiennent le désordre émotif (Ziegler, 1989). Ellis (Ellis, 1985a; Ellis, 1988; Ellis et Bernard, 1985) définit une croyance comme un construit hypothétique très large comprenant des pensées dont nous sommes conscients à un certain moment, d'autres dont nous ne sommes pas immédiatement conscients et enfin d'autres qui englobent ce que nous pensons en général. Ces croyances constituent des postulats de base avec lesquelles l'être humain évalue les autres, lui-même et le monde en général. Elles sont l'expression de valeurs, d'attentes et d'interprétations face à la réalité. Un autre point important est la signification qu' Ellis (1979) donne aux termes de rationnel et d'irrationnel. Il ne faut pas confondre leur sens courant et celui que l'on retrouve dans cette conception.

" The term rational, as use in RET, refers to people's (1) setting up or choosing for themselves certain basic values, purposes, goals, or ideals and then (2) using efficient, flexible, scientific, logico-empirical way of attempting to achieve such values and goals and to avoid contradictory or self-defeating results" (p: 40)⁴

En tenant compte de cette orientation, comme le dit Ellis (1974), "Rationality, then, is a method or technique of effectively gaining certain

⁴ Le vocable rationnel, utilisé en PRE, se rapporte aux personnes qui (1) élaborent ou choisissent pour elles-mêmes certaines valeurs fondamentales, certains projets, buts, idéaux et (2) qui se comportent d'une manière efficace, flexible, scientifique, logique et empirique pour atteindre ces valeurs et ces buts tout en évitant les résultats auto-destructeurs ou contraires à ceux espérés.

values; it does not exist in any intrinsic or absolute sense".⁵ (p: 311). Il en va de même pour la compréhension du terme irrationnel selon Ellis (1976)

"By irrationality, I mean any thought, emotion, or behavior leads to self-defeating or self-destructive consequences that significantly interfere with the survivance and happiness of organism "(p: 145).⁶

Il est essentiel (Ziegler, 1989), pour bien saisir la position de la PRE, de garder à l'esprit que les termes rationnel et irrationnel sont des concepts relativistes, humains, orientés vers un but et qu'ils ont cette signification dans ce cadre théorique précis. Sinon ce concept est mal interprété et l'on associe alors l'irrationalité à quelque chose de froid, à la logique, en l'opposant aux émotions (Young, 1975), et pourtant rien n'est plus faux puisque le concept d'irrationalité réfère à ce qui nuit ou empêche l'être humain d'atteindre ses buts que ce soit des émotions ou des comportements.

D. Composantes des croyances irrationnelles

Les croyances irrationnelles expriment des exigences absolues, rigides, exagérées et non réalistes. Ces exigences s'expriment par des "il faut absolument", "je dois ou devrais à tout prix", "il est absolument nécessaire" (must, should, ought to). Le penseur irrationnel a tendance à transformer les

⁵ La rationalité est alors considérée comme une méthode ou une technique qui permet d'acquérir d'une manière efficace certaines valeurs; ce terme n'a aucune autre signification en lui-même.

⁶ L'irrationalité se rapporte à toute pensée, émotion ou comportement qui entraîne des conséquences négatives auto-défaitistes et auto-destructrices perturbant la survie et le bonheur de tout organisme.

événements désagréables en d'horribles catastrophes, à considérer que certaines choses doivent ou ne doivent absolument pas se produire et à se considérer lui-même et les autres comme des êtres sans valeur, nuls, pourris. Le penseur irrationnel vit sous un régime de la tyrannie des obligations (musturbation). Ces croyances sont irrationnelles parce qu'elles sont fausses et ne reflètent pas toute la réalité. Ellis (1973) affirme qu'elles sont basées sur des hypothèses empiriquement non vérifiables pour lesquelles il n'y a pas, et il n'y aura probablement jamais d'évidence vérifiable dans les faits. En contrepartie, une croyance rationnelle peut être vérifiée par les données empiriques et est conforme à la réalité. Ces croyances irrationnelles sont auto-destructrices (Crawford et Ellis, 1989; Dryden et Ellis 1988; Ellis, 1976, 1979, 1982, 1984a) car elles provoquent des émotions nuisibles qui perturbent l'individu et entravent sa quête de bonheur. Le penseur irrationnel est habité par des idées déformées, très idéalisées et perfectionnistes comme la nécessité d'être aimé et approuvé par les autres, l'obligation d'être parfait pour être considéré comme une personne valable. L'individu qui essaie de se comporter selon ces croyances s'efforce d'atteindre des buts impossibles. Cette personne ne s'expose pas seulement à un échec en se fixant des objectifs impossibles à atteindre mais très souvent éprouve beaucoup d'anxiété, d'hostilité ou de culpabilité face à cet échec. Ainsi les croyances nuisibles au bien-être des individus proviennent, consciemment ou non, de leur régime de l'obligation (must). Ces croyances néfastes contiennent soit une idée de dramatisation (c'est horrible, affreux, abominable, etc.), une idée d'insupportabilité (jamais je ne pourrai le supporter, je ne peux vivre

sans elle) et une idée d'auto-dénigration (je ne vaud rien, je ne suis qu'un bon rien, je n'ai aucune valeur, etc). Ces trois formes principales de pensées créent fréquemment des troubles émotifs et comportementaux.

E. Le système de croyances irrationnelles proposé par Albert Ellis

Ellis a présenté, en diverses occasions, les principales croyances irrationnelles formant son système de croyances. Ses premiers écrits présentent une liste de douze croyances irrationnelles comme étant à la base de la majorité des perturbations émotives (Ellis, 1958). Par la suite, le système se compose de 11 croyances (Ellis, 1962) et puis de 10 (Ellis, 1973; Ellis et Harper, 1975). Plus récemment, Ellis déclare avoir réduit cette liste à trois croyances fondamentales exprimées en termes d'exigence absolue et sous lesquelles peuvent se regrouper toutes les autres croyances irrationnelles (Ellis, 1979, 1980, 1984b, 1988; Ellis et Bernard, 1985; Ellis et Grieger, 1977). Ces croyances s'énoncent comme suit:

1) Je dois absolument réussir et être approuvé par les autres, sinon je ne vaud rien; 2) Les autres doivent me traiter avec considération et respect, exactement comme je le désire. S'ils ne le font pas, ils méritent d'être blâmés, maudits et punis par la société et par l'univers; 3) Mes conditions de vie doivent être telles que j'obtienne presque tout ce que je veux confortablement, rapidement et facilement et qu'il ne m'arrive presque jamais ce que je n'aime pas. Di Giuseppe et Leaf (1990) présentent les nouvelles orientations choisies par les tenants de la psychothérapie rationnelle-émotive lors des dernières années.

Cependant, certains auteurs remarquent dans ce passage d'une liste à l'autre un manque d'explications et de justifications empiriques (Arnkoff et Glass, 1982; Sutton-Simon, 1980). Smith (1989) admet que ce regroupement fournit une épuration d'un ordre supérieur c'est-à-dire, des croyances plus générales comparativement aux premières qui étaient plus spécifiques. Il souligne, lui aussi, un manque de justification favorisant ce regroupement sous ces trois grandes dimensions. On peut espérer que des analyses factorielles des instruments d'évaluation des croyances irrationnelles pourront justifier un tel regroupement (Tosi, Forman, Rudy et Murphy, 1986; Zurawski et Smith, 1987).

La classification des croyances utilisée lors de cette recherche et présentée ci-dessous est celle proposée par Ellis (1962). Elle est aussi utilisée le plus souvent par les chercheurs pour valider le système d'Ellis et pour développer des instruments d'évaluation. Les principales croyances irrationnelles sont: 1) Besoin d'approbation: il est terriblement nécessaire pour un adulte d'être aimé et approuvé par presque toutes les personnes importantes de son entourage; 2) Attentes élevées face à soi-même: un être humain doit être profondément compétent, adéquat et capable d'atteindre ses objectifs, sous tous les aspects possibles, pour pouvoir se considérer comme valable; 3) Tendance à blâmer: certaines personnes sont mauvaises méchantes, vicieuses, et elles doivent être sévèrement blâmées et punies pour leur méchanceté; 4) Réaction à la frustration: cela est affreux et

catastrophique quand ça va pas comme on le souhaiterait; 5) Contrôle des émotions: le bonheur humain trouve sa source à l'extérieur de l'homme et nous n'avons que peu ou pas de contrôle sur nos chagrins et nos troubles émotifs; 6) Préoccupation face au futur: si quelque chose est ou peut devenir dangereux ou effrayant, on doit s'en préoccuper terriblement et se tracasser sans arrêt avec cette éventualité; 7) Eviter les problèmes: il est plus facile de fuir les difficultés de la vie et de tenter d'échapper à ses responsabilités que d'y faire face; 8) Dépendance: on a toujours besoin de quelqu'un de plus fort que nous sur qui on peut compter; 9) Impuissance à changer: la vie passée de l'homme est le déterminant suprême de son action présente et parce qu'un élément a déjà dans le passé affecté profondément sa vie, il est inévitable que cette influence dure toujours; 10) Préoccupation face aux problèmes des autres : on est perturbé par les problèmes des autres plus qu'on le devrait; 11) Perfectionnisme: il existe toujours une solution bonne, précise et parfaite aux problèmes humains et c'est une catastrophe de ne pas trouver cette solution.

Les variables mises en relation avec les croyances Irrationnelles

Plusieurs recherches ont mis en relation les croyances irrationnelles et certaines variables démographiques comme le sexe, l'âge, la santé, le revenu et le niveau de scolarité.

A. Sexe

La plupart des recherches effectuées auprès de population

étudiante ou adulte, normale ou clinique ne révèlent aucun effet significatif du sexe sur l'adhésion aux croyances irrationnelles (Daly et Burton, 1983; Kassinove, 1986; Nelson, 1977; Sanderman, Merch, Van Der Sleen, Emmelkamp et Ormel, 1987; Smith, 1982; Templeman, 1990; Woods et Lyons, 1990; Zwemer et Deffenbacher, 1984). Cependant, Jones (1969) découvre une différence significative entre le sexe et l'adhésion à certaines croyances irrationnelles: ainsi les femmes souscrivent plus que les hommes et d'une façon significative aux facteurs "demande d'approbation", "réaction à la frustration" et "dépendance". D'autres chercheurs rapportent aussi une différence. Nelson (1977) constate que les étudiantes présentent des résultats plus élevés au facteur "demande d'approbation" ($p < .05$) que les étudiants. Zwemer et Deffenbacher (1984) soulignent une différence significative à trois facteurs ($p < .05$): les hommes obtiennent une cote supérieure aux facteurs "réaction à la frustration" et "perfection" tandis que les femmes adhèrent davantage au facteur "dépendance". Les résultats obtenus par Coleman et Ganong (1987) montrent que les femmes adhèrent davantage aux facteurs "demande d'approbation" et "dépendance" ($p < .05$) que les hommes. Les résultats de ces travaux sont confirmés par les observations cliniques de certains thérapeutes (Walen et Grieger, 1988; Wolfe, 1986).

Comme l'on ne peut conclure qu'un sexe montre un niveau de d'irrationalité supérieur à l'autre, l'on peut se demander si la culture n'influence pas l'adoption de certaines croyances irrationnelles. Les croyances irrationnelles seraient reliées davantage aux rôles sexuels qu'au

sexe comme le supposent Coleman et Ganong (1987). La recherche de Vining, Gaeddert et Mc Cormick (1990) appuie l'hypothèse de Coleman et Ganong. Ainsi les femmes qui adoptent les facteurs "demande d'approbation", "réaction à la frustration" et "dépendance" se comportent selon les rôles sexuels.

B. Age

Vestre (1984), Whiteman et Shorkey (1978), Thyer et Papsdorf (1981) ne rapportent aucune relation significative entre l'adoption de croyances irrationnelles et l'âge chez une population étudiante. Kassinove (1986), chez une population adulte normale variant de 17 ans à 58 ans ($M=24$ ans), ne découvre aucun effet de l'âge. Sanderman et al. (1987) étudiant deux populations adultes normales dont l'âge variait de 31 à 71 ans ($M=45$) pour le premier échantillon et de 20 à 69 ans ($M=42$) pour le deuxième, découvrent une relation négative entre l'âge et un test de rationalité (RBI). Plus la personne est âgée, plus elle affiche une irrationalité élevée. Les mêmes auteurs, effectuant une recherche avec un échantillon adulte clinique souffrant d'anxiété, ne constatent aucun effet. Templeman (1990) étudiant une population clinique adulte psychiatisée souffrant d'anxiété et de dépression ne découvre aucune influence de l'âge. Shorkey et Moore (1981) dénotent une corrélation significative mais faible entre le RBI et l'âge chez une population adulte clinique souffrant d'alcoolisme ($M=44$ ans, l'âge variant de 21 à 70 ans).

C. Santé

Les facteurs "approbation, attentes élevées envers soi et les autres, réaction à la frustration et évitement" se révèlent significatifs lorsque des étudiants manifestent une insatisfaction à l'égard de leur santé (Snell Jr et Hawkins, 1985). Woods et Lyons (1990) constatent une relation significative entre les problèmes psychosomatiques et l'adhésion aux croyances irrationnelles tant chez une population adulte normale que clinique.

D. Revenu

Dans une recherche effectuée auprès d'étudiants, Smith (1982) trouve une relation significative négative entre le revenu et l'adhésion aux croyances irrationnelles tandis que Kassínove (1986) évaluant une population adulte n'en remarque aucune. Pour leur part, Snell Jr et Hawkins (1985), même s'ils ne constatent pas de relation avec le résultat global, signalent une corrélation entre l'insatisfaction financière et certaines croyances irrationnelles (approbation, attentes élevées, réaction à la frustration et évitement).

E. Niveau de scolarité

Même si le taux d'irrationalité chez des étudiants de différents niveaux scolaires (secondaire-postsecondaire-universitaire) diminue avec la scolarité ($p < .01$) selon Higginbotham (1976), Whiteman et Shorkey (1978) ne constatent aucune différence chez des étudiants de niveau universitaire. Kassínove (1986) pour sa part, ne décèle aucune différence chez des adultes

ayant entre 12 et 18 ans de scolarité. Sanderman et al. (1987) trouvent une relation positive entre le RBI (évaluant la rationalité du sujet) et le niveau de scolarité chez une population adulte normale mais aucune chez une population clinique.

Le bien-être psychologique et les croyances irrationnelles

Très peu de recherches ont mis en relation les croyances irrationnelles avec le concept de bien-être psychologique tel que défini précédemment. Wicker, Richardson et Lambert (1985), ont mené une recherche avec une population étudiante. Ils ont mis en relation une mesure de bien-être (Andrews et Whitey, 1976), une mesure de bonheur (Andrews et Whitey, 1976), et une mesure évaluant les affects basée sur l'Affect Balance Scale de Bradburn (1969) avec le Irrational Beliefs Test de Jones (1969) servant à évaluer l'irrationalité des sujets. Ils observent une relation négative significative entre ces diverses mesures et certaines croyances irrationnelles comme la réaction à la frustration et la préoccupation face aux événements futurs. Ainsi, les étudiants qui adoptent ces croyances éprouvent moins de bien-être et de bonheur. Evaluant la santé mentale d'étudiants universitaires et la présence de croyances irrationnelles, Smith (1982) conclut que les étudiants adoptant plus de croyances irrationnelles présentent une santé mentale inférieure. Sanderman et al. (1987), étudiant l'influence du stress sur le bien-être chez une population adulte normale ($M=45.96$, $E.T.=11.5$; l'âge variant de 31 à 71 ans) ont utilisé l'Affect Balance

Scale (Bradburn, 1969) pour évaluer le bien-être et le Rational Behavior Inventory (Shorkey et Whiteman, 1977) pour mesurer la rationalité des sujets. Les chercheurs rapportent une relation significative positive entre les affects positifs et le RBI et une relation négative entre les affects négatifs et le RBI. Försterling et Garfinkel (1981) constatent que l'expérience d'émotions négatives après un échec est plus intense lorsque l'individu avait la croyance irrationnelle qu'il devait à tout prix réussir plutôt que seulement qu'il aurait voulu réussir. Les individus adoptant cette croyance irrationnelle ressentent plus d'émotions reliées à la colère, à l'anxiété et à la dépression. Des étudiantes qui adoptent plus de croyances irrationnelles, évaluent de façon plus négative leurs propres expériences de vie, les rendant ainsi plus vulnérables aux perturbations psychologiques (Vestre et Burnis, 1987).

Plusieurs études démontrent que les penseurs irrationnels présentent des signes de mésadaptation qui entravent le bien-être psychologique. Ritchie (1975) observe une relation négative entre la présence de croyances irrationnelles et le niveau d'adaptation émotionnelle et psychologique. Jones (1969) compare des individus normaux et des patients d'un hôpital psychiatrique sur des mesures d'irrationalité et d'adaptation émotionnelle. Les individus normaux obtiennent des résultats moins élevés à 8 des 10 facteurs d'irrationalité et au score total du test. Mc Donald et Games (1972) étudient l'adaptation et le degré d'irrationalité dans une population étudiante. Ils rapportent que les étudiants affichant une plus grande irrationalité obtiennent une cote plus élevée au Eysenck Personality

Inventory. Newmark, Frerking, Cook et Newmark (1973) comparant un groupe de névrosés à un groupe d'individus normaux et à un groupe d'individus présentant des désordres de personnalité, remarquent aucune différence entre ces deux derniers groupes quant à l'adhésion à des croyances irrationnelles. Par ailleurs, ils constatent que le groupe de névrosés adopte de façon significative huit croyances irrationnelles. Knapp (1979), lors d'une étude effectuée auprès d'étudiants, a mis en relation un test d'irrationalité et une échelle de perturbation émotionnelle. Il observe une relation significative entre ces deux instruments ($p < .01$). Dans son étude menée auprès d'étudiants, Vestre (1984) constate que les penseurs irrationnels sont plus perturbés par les expériences déplaisantes quotidiennes. Des étudiants qui affichent un plus haut niveau d'irrationalité éprouvent de façon significative plus de tracasseries quotidiennes et avec plus d'intensité que les étudiants qui présentent un plus bas niveau d'irrationalité (Harran et Ziegler, 1991). Shorkey et Reyes (1978), dans une recherche effectuée auprès d'une population étudiante, obtiennent une corrélation significative ($p < .05$) entre 13 des 14 échelles du POI (Personal Orientation Inventory) et le résultat global d'un test de rationalité (RBI). Les corrélations varient de .23 à .51.

De nombreuses autres études démontrent une relation entre l'adhésion à des croyances irrationnelles et une variété d'indicateurs de perturbation émotionnelle comme la dépression (Cash, 1984; Cook et Petersen, 1986; Lapointe et Crandell, 1980; Lewinsohn, Larsen et Munoz, 1982; Marcotte et Baron, 1993; Nelson, 1977; Templeman, 1990; Thyer et Papsdorf,

1981; Warren et Zgourides, 1989), l'anxiété (Cash, 1984; Himle, Himle et Thyer, 1989; Himle, Thyer et Papsdorf, 1982; Jones, 1969; Lapointe et Crandell, 1980; Lohr et Bonge, 1981; Templeman, 1990; Thyer et Papsdorf, 1981; Woods et Coggin, 1985; Zwemer et Deffenbacher, 1984), le manque d'affirmation de soi (Alden et Safran, 1978; Lemesurier, 1984; Lohr et Bonge, 1982), une faible estime de soi (Daly et Burton, 1983), la colère (Woods et Coggin, 1985; Zwemer et Deffenbacher, 1984) et la culpabilité (Gorman et Simon, 1977; Tosi, 1977; Yu et Schill, 1976).

Le bien-être psychologique, les croyances irrationnelles et les personnes âgées

Très peu d'études ont investigué la relation entre les croyances irrationnelles et le bien-être psychologique auprès d'une population âgée. Cependant, Paul (1978) étudie dans sa recherche la relation entre les croyances irrationnelles et la satisfaction de vivre auprès de 142 personnes âgées dont l'âge varie de 60 ans à 90 ans. L'âge moyen est de 77.6 ans. Ces personnes demeurent dans un centre d'accueil (45), dans une résidence pour personnes âgées (60), dans un appartement pour personnes âgées (21) et dans un hôpital pour patients psychiatriques (16). Le niveau d'irrationalité des sujets est évalué à l'aide du Irrational Beliefs Test (Jones, 1969). Le Life Satisfaction Index A (Neugarten et al., 1961) a servi pour mesurer la satisfaction de vivre. Les résultats de cette recherche démontrent que les facteurs de réaction à la frustration ($p < .01$) et du contrôle des émotions

($p < .01$) sont des prédicteurs négatifs de la satisfaction de vie. Ainsi plus une personne adhère à ces deux croyances, moins elle manifeste de satisfaction de vivre. Cette étude montre aussi que le facteur "impuissance à changer" s'avère un prédicteur du désordre émotif ($p < .01$). La perturbation émotive augmente avec l'adoption de croyances irrationnelles

Certaines constituantes du désordre émotif ont été mises en relation avec le niveau d'irrationalité. Keller, Croake et Brooking (1975) ont étudié l'anxiété éprouvée face à la vieillesse par un groupe de personnes âgées (60 ans et plus) autonomes et vivant à domicile. Ils remarquent que leur anxiété origine des pensées irrationnelles qu'elles entretiennent en regard de leur propre vieillesse. Hyer, Harrison et Jacobson (1987) démontrent une relation positive entre la dépression et les croyances irrationnelles chez des patients âgés psychiatriques hospitalisés (< 55 ans, $M = 64$ ans).

Hypothèses

Le bien-être psychologique comprend au moins deux dimensions : l'affect et la cognition. La personne démontre un bien-être psychologique supérieur premièrement lorsqu'elle évite les émotions négatives et qu'elle vit des émotions positives, ensuite, lorsqu'elle retire de la satisfaction face à elle-même, sa vie et son environnement. Mais, la façon de ressentir les émotions et d'évaluer de façon positive sa vie, son environnement et soi-

même dépend selon Albert Ellis de son système de croyances. Comme peu de recherches ont étudié la relation entre le bien-être et les croyances irrationnelles, il reste à confirmer la nature de cette influence. Cette recherche se veut une étude exploratoire. Quelques études montrent que certaines dimensions du système de croyances influencent davantage la perception du bien-être psychologique.

De plus, certaines variables démographiques comme la santé, le statut socio-économique, la durée d'hébergement sont en relation avec le bien-être psychologique.

Cette recherche veut donc vérifier une hypothèse principale et deux hypothèses secondaires:

Hypothèse principale

Il existe une relation négative entre l'adhésion à des croyances irrationnelles et le bien-être psychologique.

Hypothèses secondaires

A) Un bien-être psychologique supérieur dépendra du nombre de croyances irrationnelles et de la santé physique perçue.

B) Certaines croyances irrationnelles comme la tendance à dramatiser les situations (facteur I), la tendance à se préoccuper fortement

des dangers possibles (facteur X) et la tendance à croire qu'on ne peut avoir aucun contrôle sur nos émotions (facteur XI) peuvent s'avérer des prédicteurs du bien-être psychologique.

Chapitre II

Méthodologie

Ce deuxième chapitre expose la méthodologie. Les aspects suivants seront développés: le contexte de cette recherche, le choix des sujets et des expérimentateurs, le déroulement de l'expérimentation de même que la présentation des instruments utilisés.

Contexte de cette recherche

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'un projet de plus grande envergure. Plusieurs intervenants du milieu (travailleurs sociaux, infirmiers, directeurs de centre d'accueil) ont sollicité la participation de professeurs de l'Université pour leur aider à mieux cerner la problématique des personnes âgées en famille d'accueil. Les recherches effectuées auprès de cette population sont très peu nombreuses et les connaissances de cette clientèle peu exhaustives. Cette recherche vise un double objectif; dans un premier temps cette démarche s'efforcera de cerner les principaux facteurs qui peuvent influencer le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil et dans un deuxième temps de fournir, si possible, aux intervenants, des instruments leur permettant de déceler les problèmes et d'intervenir le plus adéquatement auprès de cette clientèle.

Choix des sujets

Cette recherche s'est faite conjointement en collaboration avec des travailleurs sociaux de la Région-04. Ces derniers devaient choisir des bénéficiaires de familles d'accueil de la région en tenant compte des critères suivants: 1) personne de 65 ans et plus, 2) maximum de deux bénéficiaires par famille d'accueil, 3) personne ayant une capacité mentale suffisante pour répondre à des questionnaires, 4) absence de problème de surdité, 5) un nombre équivalent de bénéficiaires masculins et féminins.

Le groupe de personnes âgées sélectionnées pour cette étude comprend 60 personnes dont 34 femmes et 26 hommes. Ces personnes vivent en famille d'accueil. La répartition géographique de cette population est la suivante: 22 personnes habitent la région du Trois-Rivières métropolitain, 15 la région de Drummondville, 10 la région de Shawinigan, 10 la région de Nicolet et 3 la région de Louiseville.

La moyenne d'âge du groupe est de 80 ans avec un écart-type de 5.9, l'âge varie de 68 ans à 92 ans. Les hommes présentent un âge moyen de 79 ans avec un écart-type de 6.9 et les femmes de 82 ans avec un écart-type de 4.8.

Le tableau 1 présente la répartition des sujets selon l'âge, le statut civil, le type d'habitation, le milieu et le niveau de scolarité. La compilation des principales données démographiques montrent que 63% des

Tableau 1

Distribution des sujets en fonction de l'âge, du statut civil,
du type d'habitation, du milieu et du niveau de scolarité

	Total	Homme (a)	Femme (b)
<u>Age</u>			
65-75	9	7	2
76-85	35	13	22
86 et +	16	6	10
<u>Statut civil</u>			
veuf	38	13	25
marié	9	5	4
célibataire	11	7	4
sép.-div.	2	1	1
<u>Type d'habitation</u>			
maison familiale	43	22	21
résidence	12	3	9
appartement	5	1	4
<u>Milieu</u>			
urbain	38	15	23
rural	22	11	11
<u>Niveau de scolarité</u>			
0 - 6 ans	36	16	20
7 - 9 ans	13	8	5
10 ans et plus	11	2	9

(a) $n = 26$

(b) $n = 34$

personnes sont veuf(ve)s, 18% sont célibataires, 15% sont marié(e)s et 4% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s. Parmi les personnes rencontrées, 72% demeurent dans une maison de type unifamiliale, 20% en résidence (plus d'une famille d'accueil) et 7% dans un appartement. Ces personnes vivaient dans ce milieu depuis environ 26 mois, leur présence dans ce milieu variant de 1 mois à 96 mois. Cette population étudiée provient à 63% d'un milieu urbain et à 37% d'un milieu rural. Enfin, cet échantillon présente un niveau d'instruction moyen de 6.5 ans variant de 0 an à 15 ans.

Choix des expérimentateurs

Quatre étudiants se sont chargés de la cueillette d'informations. Ces derniers travaillaient ou avaient déjà travaillé au Laboratoire de Gériatrie de l' U.Q.T.R. et trois possédaient de l'expérience dans la passation d'entrevues auprès des personnes âgées. Deux d'entre eux effectuaient cette recherche dans le cadre de leur mémoire de maîtrise.

Les expérimentateurs se sont rencontrés à plusieurs occasions. D'abord, tous les expérimentateurs ont pris connaissance des questionnaires à présenter aux personnes âgées. Les questionnaires ont été révisés par tout le groupe, encadré par des professeurs du Laboratoire. Ensuite, chaque expérimentateur a fait la passation de tous les questionnaires avec quelques personnes âgées. Une rencontre ultérieure a permis de corriger certaines formulations et de partager sur une technique de communication avec les personnes âgées. Afin de rendre l'entrevue la plus uniforme possible, une

technique de prise de contact avec la personne âgée a été présentée, l'ordre de présentation des questionnaires a été établi et plusieurs questions de fonctionnement furent discutées.

Déroulement de l'expérimentation

Les travailleurs sociaux ont joué un rôle important lors de l'expérimentation. La clientèle étant déjà un peu plus difficile à rejoindre, ils ont servi de contact entre les expérimentateurs et les familles d'accueil. Ils choisissaient d'abord les résidents de famille d'accueil qui rencontraient les critères établis et communiquaient ensuite avec les responsables de familles d'accueil. Ils leur présentaient le projet, en précisant que cette recherche visait une meilleure connaissance de leur clientèle et l'élaboration de nouveaux moyens d'intervenir de façon encore plus efficace. Ils clarifiaient la démarche en insistant sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'une évaluation de la famille d'accueil ni des lieux physiques, ni de la façon dont le propriétaire se comportait face aux personnes âgées. Ils devaient obtenir leur accord en démontrant que leur collaboration et celle des personnes âgées est essentielle à la réalisation de ce projet. Certains travailleurs sociaux ont contacté eux-mêmes des résidents pour leur expliquer la recherche et les informer d'une prochaine visite des étudiants du Laboratoire, tandis que d'autres ont laissé les responsables de famille d'accueil informer leurs bénéficiaires de cette démarche.

Une coordonnatrice communiquait avec le travailleur social qui lui fournissait les noms, adresses et numéros de téléphone des responsables et des bénéficiaires des familles d'accueil sélectionnées. La coordonnatrice contactait soit le responsable de la famille d'accueil ou le résident lui-même et fixait un rendez-vous avec ce dernier.

Ensuite, les expérimentateurs se présentaient par groupe de deux dans une famille d'accueil selon l'entente pré-établie. Chaque expérimentateur rencontrait un bénéficiaire en privé (la plupart du temps à sa chambre ou dans une autre pièce mais s'assurant d'une confidentialité). Aucune autre personne n'assistait à cette rencontre.

Les sujets rencontrés sont invités à répondre oralement à tous les questionnaires; l'expérimentateur lisant toutes les questions à chaque personne. La passation des questionnaires a demandé en moyenne 1:15 heure par entrevue, variant entre 30 minutes et 2:30 heures. Ce décalage peut s'expliquer par le temps nécessaire à la création d'un bon climat pour répondre aux questionnaires ainsi qu'une capacité différente de la personne âgée à bien comprendre les questions. Occasionnellement, l'expérimentateur devait expliquer au complet la démarche entreprise et parfois relire des questions.

Instruments utilisés

Questionnaire des informations socio-démographiques

Ce questionnaire a servi à recueillir des renseignements généraux sur les personnes âgées comme : l'âge, le sexe, le statut civil, le nombre d'enfants, le niveau d'instruction, etc. Cette cueillette d'informations sera utile lors des analyses complémentaires pour mesurer le rapport entre ces variables et les variables principales (voir appendice A).

Évaluation du bien-être psychologique

Depuis les trente dernières années, de nombreux instruments de mesure ont été conçus pour évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées. Il a été évalué avec un instrument ne comportant qu'une seule question (Andrews et Withey, 1976; Cantril, 1965; Gurin, Veroff et Feld, 1960). Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) présentent le Satisfaction with Life Scale. Cet instrument à cinq questions évalue la satisfaction de vivre. Il a été employé souvent par les chercheurs. Des instruments de mesure comportant plusieurs items ont aussi été employés pour mesurer les affects (Affect Balance Scale: Bradburn, 1969), la satisfaction de vivre (Life Satisfaction Index: Neugarten et al., 1961; Life Satisfaction in the Elderly Scale: Conte et Salamon, 1982), le bonheur (Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness: Kozma et Stones, 1980) ou le moral (Kutner Morale Scale: Kutner et al., 1956; Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: Lawton, 1972, 1975).

Tous ces instruments évaluent le bien-être psychologique des personnes âgées.

De nombreuses études ont démontré que le bien-être psychologique comprend plusieurs dimensions (Larsen, Emmons et Diener, 1985). Les instruments employés le plus souvent sont ceux qui utilisent une auto-évaluation ou une perception de la part de la personne de son bien-être psychologique. L'instrument choisi doit tenir compte de ces caractéristiques essentielles si l'on veut vraiment capter l'essence même de ce concept. Les recherches se poursuivent en ce sens et plusieurs chercheurs tentent de fournir soit un cadre théorique adéquat ou un instrument de mesure capable de capter l'essence même du bien-être psychologique (Diener, 1990; Diener, Sandvik, Pavot et Gallagher, 1991; Kozma, Di Fazio, Stones, Hannah, 1992; Kozma, Stone, Stones, Hannah et Mc Neil, 1990; Larsen et Diener, 1987; Pavot et Diener, 1993; Pavot, Diener, Colvin et Sandvik, 1991; Stones et Kozma, 1991; Stones, Kozma, Hannah et Mc Kim, 1991)

Parmi tous ces instruments de mesure, l'Echelle de satisfaction de vivre de Neugarten et al. (1961) est celui qui répond le mieux aux caractéristiques essentielles du bien-être psychologique. Après une analyse factorielle, Adams (1969) mentionne que cet instrument évalue aussi le bonheur (humeurs) et le moral (sens de la vie). Cette échelle comprend cinq sous-échelles reliées aux dimensions activités quotidiennes, le sens de la vie, les buts, le concept de soi et l'humeur. Il est l'instrument le plus utilisé dans

les recherches pour mesurer le bien-être psychologique des personnes âgées. Malgré une facilité d'utilisation, cet instrument présente certaines lacunes psychométriques (Adams, 1969; George, 1979; Kane et Kane, 1981; Lawton, 1977; Lohmann, 1977; Savage, 1975; Wood, Wylie et Sheafor, 1969). La fidélité varie de -.07 à .59 comme le mentionnent les auteurs (Neugarten et al., 1961).

Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Même si certains chercheurs se sont demandés si la satisfaction de vivre mesure plus spécifiquement le bonheur, le bien-être ou le moral, peu cependant doutent de son efficacité clinique (Salamon, 1988). Le concept de satisfaction de vivre ayant démontré son efficacité théorique et clinique avec une population âgée (Carp, 1975; Salamon et Conte, 1979; Toseland et Sykes, 1977), Salamon et Conte (1984) ont élaboré une Echelle de satisfaction de vivre. Ils conservent les cinq catégories originales de l'Echelle de satisfaction de vivre de Neugarten et al. (1961) tout en remplaçant certains items. De plus, ils ajoutent trois nouvelles catégories: la santé perçue, la sécurité financière et les contacts sociaux. Cependant, une recension des écrits scientifiques a démontré que la santé (Diener, 1984; Larson, 1978), la sécurité financière (Bradburn, 1969; Campbell et al., 1976; Diener, 1984), et les contacts sociaux (Kahn et Antonucci, 1980; Liang, Dvorkin, Kahana et Mazian, 1980) doivent être considérés comme des variables qui influencent le bien-être psychologique et non comme des dimensions de celui-ci (Kammann,

1983). Ces trois dernières catégories ne seront pas considérées lors de l'évaluation du bien-être psychologique.

A. Présentation de l'instrument

L'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte (1984) (voir appendice B) s'avère un outil acceptable pour évaluer le bien-être psychologique des personnes âgées.

Les auteurs ont utilisé une échelle de type Likert à cinq points. Chaque sous-échelle contient cinq énoncés dont les scores s'additionnent comme le recommande Nunnaly (1980). Ce procédé donne un score pour chaque sous-échelle et produit un score pour la totalité de l'instrument.

Chaque sujet doit choisir parmi les cinq suggestions celle qui correspond le plus à son état actuel concernant l'énoncé du questionnaire. Son score peut varier de -10 à +10 pour chaque sous-échelle et de -50 à +50 pour le score total. Les auteurs affirment que le score total de ce questionnaire constitue un bon indicateur du niveau de bien-être psychologique subjectif des personnes âgées.

B. Description des sous-échelles

1. Activités quotidiennes (prendre plaisir dans les activités quotidiennes) - satisfaction par rapport à la routine d'activités non

spécifiques qui constitue chacune des journées d'un individu. (questions 1, 10, 22, 24, 40).

2. Sens de la vie (voir la vie comme pleine de sens) - attitude positive envers sa situation de vie actuelle, se sentir utile, sentir que sa vie sert à quelque chose (questions 2, 11, 31, 33, 39).

3. Buts (congruence entre les buts fixés et les buts atteints) - satisfaction relative par rapport à la présente étape de développement en comparaison aux étapes précédentes de la vie (questions 3, 14, 21, 23, 36).

4. Humeur (bonne humeur) - affect généralement positif, joie ou optimisme pas nécessairement rattaché à une activité ou à un aspect spécifique de sa situation de vie, de son environnement ou de son milieu social (questions 4, 25, 30, 37,38).

5. Concept de soi (concept de soi positif) - haut niveau de considération personnelle et estime de soi favorable (questions 13, 15, 26, 27, 32).

Quant aux qualités psychométriques (fidélité et validité), les recherches montrent les résultats suivants :

C. La fidélité de l'Echelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

L'évaluation de la fidélité de cet instrument provient de trois recherches (Salamon et Conte, 1981a, 1981b).

Une première étude porte sur 408 individus vivant dans la communauté et âgés de 55 à 90 ans. Le coefficient Alpha de Cronbach varie de

.60 à .74 pour les cinq échelles retenues pour la présente recherche et se situe à .93 pour le score total (incluant les huit catégories).

Une deuxième étude est entreprise avec une population composée de 241 personnes âgées. Elles sont sélectionnées parce qu'elles utilisaient des services de santé dans l'un des endroits choisis: trois centres d'accueil, cinq bureaux de médecins privés, trois organismes de soins intermédiaires, trois bureaux de soins infirmiers, deux hôpitaux et un organisme de service de soins infirmiers à domicile. L'échelle totale montre ici encore une fidélité significativement élevée (.92). Bien que la fidélité de certaines sous-échelles présente un coefficient plus bas que dans la première étude (.47 à .78), la fidélité de ces sous-échelles demeure quand même acceptable (Nunnally, 1980).

La fidélité de cet instrument a aussi été évaluée par une méthode de test-retest en utilisant 120 personnes provenant de la première recherche. L'échelle leur fut administrée six mois plus tard. La fidélité du questionnaire au complet montre une corrélation de .67. Un autre groupe de 50 personnes âgées dont l'âge variait de 65 à 89 ans (E.T.=5) et habitant une résidence pour personnes âgées a été sélectionné. On a administré le test à un mois d'intervalle et l'on constate une corrélation de .90 pour le test au complet et celle de toutes les sous-échelles se situent au-dessus de .88.

D. La validité de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Salamon et Conte (1984) indiquent qu'ils ont vérifié la validité de construit, la validité de concours et la validité discriminante de leur instrument. La méthode du regroupement des items (cluster analysis) atteste d'une bonne validité de construit aux sous-échelles; trois obtiennent quatre questions, une en a trois et la dernière deux.

La validité de concours a été vérifiée lors d'une étude menée par Salamon, Charyton et McQuade (1981). Le chi-carré de Yates et les corrélations du point biserial ayant été effectués, les résultats (Salamon et Conte, 1981b) montrent de fortes corrélations à chacune des sous-échelles (.44 à .66).

La validité discriminante a été vérifiée (analyse de variance) auprès des 241 personnes qui ont participé à la deuxième recherche. Le score total et les sous-échelles Activités quotidiennes et Sens de la vie ont la capacité de différencier les groupes utilisant divers types de soin de santé. Les sous-échelles qui ne sont pas discriminatives sont en relation avec des caractéristiques personnelles et on ne supposait pas qu'elles jouent un rôle dans l'utilisation de services de soin de santé.

E. L'adaptation française de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Une recension des écrits n'a pas permis de découvrir une traduction française du Life Satisfaction in the Elderly Scale de Salamon et

Conte. Trois traducteurs indépendants ont donc fait une traduction de cette échelle à partir de la version anglaise. Ensuite, les traducteurs se sont rencontrés à quelques reprises afin d'en arriver à un consensus. L'étape suivante a consisté à administrer le questionnaire à des personnes âgées. La compréhension et l'administration du questionnaire s'étant avérées satisfaisantes, quelques corrections mineures furent apportées au questionnaire. Cette version a servi lors de cette recherche.

Inventaire des comportements rationels de Shorkey et Whiteman

Il existe de nombreux instruments pour évaluer l'adhésion aux croyances irrationnelles. Smith (1982) en dénombre au moins une quinzaine dont le Irrational Beliefs Test (IBT) (Jones, 1968), le Fifteen Questions for Rating Reason (FQRR) (Argabrite et Nidorf, 1968), le Adult Irrational Ideas Inventory (AII) (Fox et Davies, 1971), le Self-Rating Scale for Rationality (SRSR) (Bard, 1973), le Common Beliefs Survey (CBS) (Besai et Lane, 1976) et le Rational Behavior Inventory (RBI) (Shorkey et Whiteman, 1977). Cette grande diversité d'instruments provoque de sévères critiques de nombreux auteurs (Smith, 1982, 1989; Sutton-Simon, 1981). Les auteurs doutent beaucoup de la validité discriminante et se demandent si ces instruments ne sont pas que d'autres mesures pour évaluer la détresse émotionnelle, la mésadaptation ou l'anxiété. De plus, certains énoncés de ces instruments évaluent en même temps que les croyances, les comportements et les émotions (Smith, 1989; Woods, 1992).

La recherche concernant la création d'instruments pour évaluer de façon adéquate les croyances irrationnelles est en pleine effervescence (Di Giuseppe et Leaf, 1990) et depuis quelques années de nombreux auteurs présentent des instruments basés sur la nouvelle orientation de la psychothérapie rationnelle-émotive en tenant compte des nombreuses critiques faites aux instruments déjà existants (Alsaker et Hovland, 1987; Burgess, 1986; Di Giuseppe, Leaf, Exner, Robin, 1988; Kassirer 1986; Malouf, Valdenegro et Schutte, 1987). Ces instruments quoique très prometteurs, demandent encore des études pour évaluer leurs qualités psychométriques et leur utilisation auprès de diverses populations (Smith, 1989).

Le Irrational Beliefs Test (Jones, 1968) et le Rational Behavior Inventory (Inventaire des comportements rationnels) (Shorkey et Whiteman, 1977) sont les instruments qui ont été utilisés le plus souvent par les chercheurs (Smith, 1982; Sutton-Simon, 1981). La validité discriminante du IBT n'a pas été démontrée contrairement au RBI (Smith et Zurawski, 1983). Certains auteurs reprochent aussi au IBT l'utilisation de certains énoncés qui se rapportent davantage aux émotions et aux comportements qu'aux croyances (Muran, 1991; Smith, 1982, 1989; Smith et Allred, 1986). L'Inventaire des comportements rationnels (RBI) montre des propriétés psychométriques adéquates (validité et fidélité) et est reconnu comme un instrument capable d'évaluer les croyances irrationnelles et les tendances irrationnelles (comme être bouleversé) (Malouf, Valdenegro et Schutte, 1987). Cet instrument est choisi pour cette recherche.

A. Présentation de l'instrument

L'Inventaire des comportements rationnels (voir appendice C) est un instrument composé de 37 énoncés qui fournit une évaluation globale de la rationalité du sujet. Cet instrument comprend 11 facteurs. Chaque facteur correspond très étroitement à l'une des croyances irrationnelles proposées par Albert Ellis (Ellis, 1962; Ellis, 1973; Ellis et Grieger, 1977). Cet instrument évalue la rationalité du sujet ou l'adhésion à des croyances rationnelles engendrant des comportements rationnels. On devra en tenir compte lors de la présentation et de l'interprétation des résultats.

B. Description des facteurs.

Les auteurs ont utilisé pour leur étude les 119 énoncés employés par Hartman (1968) et Fox et Davies (1971) pour construire leurs instruments de mesure. Ces 119 énoncés furent administrés à 235 étudiants universitaires de l'Université du Michigan. Des analyses subséquentes démontrent que 70 énoncés présentent un poids élevé sur les facteurs sélectionnés. Une analyse factorielle effectuée sur les 70 énoncés donne 11 facteurs qui expliquent 77% de la variance totale. Ces facteurs qui composent l'Inventaire des comportements rationnels se définissent comme suit :

Facteur I

Tendance à amplifier la gravité de situations frustrantes. Une réponse rationnelle à une frustration montre une évaluation objective de la gravité de la situation et de ses conséquences pour l'individu (questions 6, 11, 25, 30).

Facteur II

Sentiment de culpabilité éprouvé par l'individu ou le sentiment de culpabilité attribué aux autres lors de déviations aux valeurs ou à la morale traditionnelle. Le comportement rationnel reflète une acceptation sans culpabilité des comportements, des idées ou des valeurs non-conventionnels ou traditionnels (questions 3, 8, 32).

Facteur III

Tendance à exiger la perfection dans tous les domaines du comportement. Une réponse rationnelle voit la compétence comme quelque chose de préférable plutôt que comme un élément essentiel (questions 12, 14, 16, 28).

Facteur IV

Ce facteur implique un cadre de référence (approbation) à partir duquel un individu porte un jugement de valeur au sujet de ses idées, ses comportements, ses qualités. Une réponse rationnelle est basée sur le fait que l'individu se réfère à lui-même pour juger (questions 17, 18, 19).

Facteur V

Tendance à exiger que chacun prenne soin les uns des autres. Le comportement rationnel considère préférable de prendre soin les uns des autres, mais l'individu ne doit pas modeler son comportement sur cet énoncé à tout prix (questions 1, 2, 9, 13).

Facteur VI

Tendance à l'auto-punition ou au blâme envers soi ou les autres au sujet des fautes, des péchés, ou tout autre manquement. Une attitude

rationnelle démontre un faible besoin de blâmer ou de se punir ou de punir les autres devant un comportement indésirable (27, 29, 31*, 33).

Facteur VII

Tendance d'un individu à résister à sa volonté d'évitement ... en acceptant d'affronter les difficultés et en acceptant d'effectuer des travaux désagréables (questions 5, 10, 21).

Facteur VIII

Ce facteur souligne l'autonomie affichée par un individu lors des prises de décisions et l'acceptation des conséquences de ses décisions et de ses actions (questions 24, 36, 37).

Facteur IX

Ce facteur dénonce la tendance à se perturber (dépréciation) soi-même en évaluant de façon négative soit ses qualités ou toutes les autres circonstances de sa vie (questions 15, 20, 31*).

Facteur X

Ce facteur indique la tendance à se préoccuper inutilement au sujet des malchances et des malheurs futurs possibles, indépendamment de la probabilité de leur apparition (questions 23, 26, 35).

Facteur XI

Ce facteur évalue les croyances reliées à la capacité de contrôler ses émotions. Le comportement rationnel présume que chaque individu peut contrôler ses émotions dans la majorité des situations (questions 4, 7, 22, 34).

Le score total obtenu à ce questionnaire peut varier de 0 à 38. Un des énoncés participe à deux facteurs. Les auteurs utilisent une échelle de type Likert de cinq points. L'énoncé 31 appartient au facteur VI et IX. Un résultat élevé indique une plus grande rationalité de l'individu c'est-à-dire une moins grande adhésion aux croyances irrationnelles.

Une échelle de type Guttman est employée pour évaluer chacun des 11 facteurs. Les énoncés présentant des poids élevés sur les facteurs ont été choisis pour déterminer l'ordre et le point de séparation. Un point de séparation (cutting point) à trois est utilisé pour certains énoncés tandis que pour d'autres, le point de séparation se situe à quatre. Pour chaque énoncé une valeur de 0 ou 1 est accordée selon le point de séparation. Si le point de séparation doit se faire à trois, une réponse indiquant trois, quatre ou cinq se voit assigner la valeur de 1. Avec un point de séparation à trois, les réponses indiquant un ou deux se voient assigner une valeur de 0. Quand le point de séparation est à 4, la valeur de 1 est attribuée lorsque le sujet a donné une réponse 4 ou 5 et la valeur 0 est conférée à une cotation de 1, 2, 3.

L'addition des points accordés (0-1) à chaque question composant un facteur procure le score pour ce dernier. Cependant, au facteur VIII, les points assignés aux questions 24 et 36 doivent être inversés et cotés de la manière expliquée ci-dessus. Ensuite, le nombre de points aux questions 24, 36, 37 sont additionnés pour fournir le score du facteur. La sommation des

résultats obtenus aux 11 facteurs permet d'obtenir le score total au questionnaire.

Les résultats obtenus lors d'une recherche de validation (Shorkey et Whiteman, 1977) auprès de 235 étudiants universitaires montrent une moyenne de 26.35 avec un écart type de 4.4. La moyenne des facteurs varie de .77 à 3.60.

C. La fidélité de l'inventaire des comportements rationnels

Une échelle Guttman est choisie par les auteurs comme mesure de fidélité et d'homogénéité des facteurs. Chaque facteur doit présenter un coefficient de reproductibilité (reproducibility) d'au moins 0.90 et un coefficient d'échelle (scalability) égal ou supérieur à 0.60. Chaque facteur présente un coefficient de reproductibilité variant de .90 à .95 et un coefficient d'échelle de .61 à .75 (Shorkey et Whiteman, 1977). La méthode des moitiés (Spearman-Brown) fournit un degré de fidélité de 0.73. Shorkey et Moore (1981) rapporte une bonne fidélité des facteurs. Par ailleurs certains chercheurs (Himle, Hnat, Thyer et Papsdorf, 1985; Sanderman, Mersch, Van Der Sleen, Emmelkamp et Ormel, 1987) ne peuvent reproduire les mêmes résultats concernant la validité factorielle de cet instrument et questionnent l'utilisation des sous-échelles.

Lors d'études complémentaires avec la méthode test-retest, dans une première étude, 89 étudiants répondent à l'inventaire des comportements

rationnels à trois jours d'intervalle. Une corrélation (Pearson) de 0.82 est obtenue. Dans une deuxième recherche, le questionnaire est soumis à 90 étudiants. Deux administrations du test à 10 jours d'intervalle ont donné une corrélation de $r=0.71$ pour l'échelle totale.

D'autres études affirment aussi que la fidélité de l'Inventaire des comportements rationnels est adéquate lors de test-retest (Shorkey et Sutton-Simon, 1983; Thyer, Papsdorf et Neal, 1983).

D. La validité de l'Inventaire des comportements rationnels

Deux études ont servi à établir la validité de cet instrument. La première est constituée de 40 professionnels de la santé qui assistent à une session intensive sur la PRE. En comparant les résultats avant et après, des différences significatives apparaissent au résultat global et au facteur V (prendre soin) ($p \leq .025$; one-tailed t-test).

Lors de la deuxième étude, le questionnaire fut administré à 87 professionnels participant à deux journées intensives de formation sur la PRE. Entre les résultats au pré-test et au post test, on constate une différence significative au résultat global et aux facteurs I, II, III, IV, V, VI, VIII, IX, et XI ($p \leq .005$, one-tailed t-test). Une différence significative dans la direction prévue est aussi obtenue pour le facteur X ($p=.025$, one-tailed t-test).

Certaines recherches ont démontré la validité discriminante de cet inventaire en le mettant en relation avec des instruments de mesure évaluant l'activité cognitive comme une mesure de croyances irrationnelles (IBT) et des mesures d'anxiété (Smith et Zurawski, 1983). Les résultats de cette étude démontre que le RBI est en plus grande relation avec le IBT qu'avec les mesures d'anxiété. D'autres recherches rapportent une validité adéquate du RBI avec une mesure de croyances irrationnelles (Ray et Bak, 1980; Zurawski et Smith, 1987), une mesure d'anomie (Whiteman et Shorkey, 1978) et un instrument évaluant le lieu de contrôle (Thyer et Papsdorf, 1981).

D'autres travaux soutiennent que la validité convergente est adéquate (Smith, Boaz et Denny, 1984; Himle, Thyer et Papsdorf, 1982).

La validité de cet inventaire est aussi confirmée par sa relation négative avec des facteurs psychopathologiques (Thyer, Papsdorf et Kilgore, 1983) et des mesures de détresse émotive comme la dépression (Smith et Allred, 1986; Thyer et Papsdorf, 1981) et l'anxiété (Himle, Thyer et Papsdorf, 1982).

E. L'adaptation française de l'Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman

Une recension des écrits n'a pas permis de découvrir une traduction française du Rational Behavior Inventory de Shorkey et Whiteman. Trois traducteurs indépendants ont donc fait une traduction de cet instrument

à partir de la version anglaise. Ensuite, quelques rencontres ont permis aux traducteurs de faire un consensus. Les expérimentateurs ont utilisé ce questionnaire avec des personnes âgées. Quelques corrections mineures furent apportées. Cette version a servi lors de cette expérience.

Chapitre III

Analyse des résultats

Ce troisième chapitre présente l'analyse des résultats et la discussion. Les méthodes d'analyse sont présentées dans un premier temps. Ensuite, suivent la présentation des résultats comprenant les analyses préliminaires, la vérification des hypothèses et les analyses complémentaires. Ce chapitre se termine par l'interprétation et la discussion de ces résultats et une comparaison avec diverses recherches qui ont étudié les deux variables principales.

Méthodes d'analyse

Les analyses statistiques suivantes ont été utilisées pour vérifier l'hypothèse principale et les hypothèses secondaires. Les résultats de chaque personne ont servi à une analyse corrélationnelle (coefficient de corrélation de Pearson) entre le score total à l'Échelle de satisfaction de vivre et le score total à l'Inventaire des comportements rationnels ainsi qu'avec chacun des onze (11) facteurs des croyances rationnelles. Une analyse de variance avec deux variables (croyances irrationnelles et santé perçue) permettra de voir l'effet de ces variables sur le bien-être psychologique et de constater s'il y a un effet d'interaction entre ces variables sur le bien-être psychologique. Une analyse de régression multiple servira à déterminer si les facteurs I, X et XI de l'Inventaire des comportements rationnels sont des

prédicteurs du bien-être psychologique. Les résultats des analyses complémentaires (analyse de variance) permettront de constater l'influence des variables telles que l'âge, le sexe, le statut civil, etc. sur le bien-être psychologique et l'adhésion à des croyances irrationnelles. Les résultats présentant un niveau de probabilité inférieur à 5% sont acceptés comme statistiquement significatifs.

Présentation des résultats

Cette recherche utilise l'adaptation française de l'Echelle de satisfaction de vivre pour personnes âgées de Salamon et Conte. Cette version comprend cinq sous-échelles : Activités quotidiennes, Sens de la vie, Buts, Humeur et Concept de soi. Un résultat peut être obtenu pour chaque sous-échelle ainsi que pour l'échelle totale.

A l'échelle totale, les personnes âgées vivant en famille d'accueil obtiennent un résultat moyen de 16.83 avec un écart type de 12.31. Les scores varient de -10 à +46, soit une étendue de 56 pour l'ensemble de l'échantillon (les scores individuels sont en appendice D, au tableau 2). Les moyennes pour les sous-échelles et le score total de l'Échelle de satisfaction de vivre sont présentées au tableau 3.

Tableau 3
Moyennes et écarts-types pour les sous-échelles de l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Sous-échelle	Moyenne	Ecart-type
Activités quotidiennes	1.27	4.14
Sens de la vie	3.78	3.41
Buts	3.37	2.52
Humeur	5.88	2.59
Concept de soi	2.91	2.37
Total	16.83	12.31

Le score total pour cette échelle peut varier de -50 à +50 et chaque sous-échelle de -10 à +10. Les résultats révèlent que les personnes âgées en famille d'accueil évaluent leur bien-être psychologique de façon plutôt positive. Toutes les sous-échelles montrent des scores moyens positifs.

La sous-échelle Humeur présente la moyenne la plus forte (5.88) et la sous-échelle Activités quotidiennes la moyenne la plus faible (1.27).

Le niveau de rationalité de cette population a été mesuré avec l'adaptation française de l'Inventaire des comportements rationnels de

Tableau 4
Moyennes et écarts-types pour les facteurs de l'Inventaire des comportements rationnels de Shorkey et Whiteman.

Facteur	Moyenne	Ecart-Type
Facteur I (4)	1.91	1.55
Facteur II (3)	0.94	0.70
Facteur III (4)	2.40	0.97
Facteur IV (3)	1.18	0.96
Facteur V (4)	0.30	0.50
Facteur VI (4)	1.60	1.32
Facteur VII (3)	1.95	1.04
Facteur VIII (3)	2.08	0.94
Facteur IX (3)	2.07	0.88
Facteur X (3)	1.55	1.26
Facteur XI (4)	2.25	1.05
Total 38	18.24	6.32

Shorkey et Whiteman. Un score est calculé pour chacun des onze (11) facteurs et pour l'inventaire total. Le score à chaque facteur peut se situer entre 0 et 3 ou 4, selon le nombre d'énoncés qui composent ce facteur. Le résultat obtenu à l'inventaire total peut varier de 0 à 38. Un résultat élevé équivaut à une plus grande rationalité donc à une moins grande adhésion à des croyances

irrationnelles. Les moyennes pour les facteurs et le score total de l'inventaire sont présentées au tableau 4. Le score moyen de la population est de 18.24 avec un écart-type de 6.32. L'étendue pour la population étudiée est de 25 soit une variation du score total de 6 à 31. Les résultats individuels sont présentés en appendice D, au tableau 5.

Vérification des hypothèses

La démarche suivante consiste à vérifier les hypothèses principales et secondaires. Il est important de garder en mémoire que l'instrument de mesure utilisé dans cette recherche évalue la rationalité ou l'adhésion à des comportements rationnels. Ainsi une relation positive signifie une moins grande adhésion aux croyances irrationnelles. Les recherches ont fait ressortir les qualités psychométriques de cet instrument pour bien mesurer les croyances irrationnelles. Les résultats seront interprétés en utilisant la variable croyances irrationnelles.

Le tableau 6 montre les résultats obtenus lors de l'analyse de corrélation entre le score total à l'Echelle de satisfaction de vivre et le score total à l'Inventaire des comportements rationnels et chacun des facteurs. Ces résultats révèlent une relation positive significative entre les comportements rationnels et le bien-être psychologique ($r=.28$, $p<.05$). L'hypothèse principale voulant qu'il existe une relation négative entre l'adhésion à des croyances irrationnelles et le bien-être psychologique est confirmée.

Tableau 6

Coefficients de corrélation entre le score total à l'Echelle de satisfaction de vivre, le score de chacun des facteurs et le score total de l'Inventaire des comportements rationnels (N=60)

Facteurs de l' <u>Inventaire des comportements rationnels</u>	r
Facteur I	0.446**
Facteur II	0.052
Facteur III	- 0.01
Facteur IV	0.00
Facteur V	-0.05
Facteur VI	0.072
Facteur VII	0.153
Facteur VIII	0.00
Facteur IX	0.398**
Facteur X	0.243*
Facteur XI	0.16
Total	0.284*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

La première hypothèse secondaire selon laquelle le bien-être psychologique dépend du nombre de croyances irrationnelles et de la perception de la santé, a été vérifiée par une analyse de variance. Les groupes

Tableau 7

Analyse de variance des variables santé perçue et croyances irrationnelles sur le bien-être psychologique

	Somme des carrés	Moyenne des carrés	F	P
Nombre de croyances irrationnelles (A)	299.846	299.846	2.596	ns
Santé perçue (B)	1483.697	1483.696	12.8445	0.0007
A X B	30.326	30.326	0.263	ns

ont été divisés en utilisant la moyenne comme point de séparation. Les sujets présentant un résultat supérieur à la moyenne forment un groupe (bonne santé et bonne rationalité) et les autres qui affichent un score égal ou inférieur à la moyenne constituent le deuxième groupe (santé moyenne et rationalité moyenne).

Les résultats indiquent qu'il y a un effet simple significatif de la santé perçue ($F=12.84$; $p<.001$), mais aucun effet du nombre de croyances irrationnelles ($F=2.59$; $p=ns$) et aucun effet d'interaction entre les variables ($F=.26$; $p=ns$) sur le bien-être psychologique (voir tableau 7). L'hypothèse secondaire voulant qu'un bien-être psychologique supérieur dépendra du nombre de croyances irrationnelles et de la santé physique perçue n'a pas été démontrée.

Tableau 8
Coefficients de régression sur l'Echelle de satisfaction de vivre (N=60)

Variables	B	Beta	t	p
Facteur I	4.00	.50	3.00	.004
Facteur IX	5.03	.36	2.48	.02
Facteur X	1.03	.11	0.69	ns
Total (I.C.R)	-.74	-.38	1.76	ns

(Constante, 10.68)

R²: .24 E (4, 55) = 5.53, p < .0001

Les résultats obtenus à l'analyse de régression multiple laissent voir au tableau 8 que le facteur I (tendance à dramatiser les situations: $t=3$; $p<.01$) et le facteur IX (dépréciation: $t=2.40$; $p<.05$) se sont montrés des prédicteurs du bien-être psychologique. Les variables prédictrices expliquent 24 % de la variance du bien-être psychologique, ce résultat étant hautement significatif ($E(4,55)=5,53$, $p<.0001$). Il est cependant à remarquer que le facteur I n'est pas un meilleur prédicteur que le facteur IX ($z=.68$, $p=ns$). Cette autre hypothèse secondaire qui affirmait que certaines croyances irrationnelles comme la tendance à dramatiser les situations (facteur I), la tendance à se préoccuper fortement des dangers possibles (facteur X) et la tendance à croire qu'on ne peut avoir aucun contrôle sur nos émotions (facteur XI) peuvent s'avérer des prédicteurs du bien-être

psychologique n'est démontrée que très partiellement. Le facteur XI n'a pas été inclus dans l'analyse de régression puisqu'il ne s'est pas révélé en corrélation avec le bien-être psychologique. Le facteur IX a été utilisé dans la régression car il s'est révélé en corrélation.

Analyses complémentaires

La synthèse de la littérature a montré que certaines variables socio-démographiques pouvaient influencer les variables principales. Des analyses de variance ont été menées avec des variables socio-démographiques (âge, sexe, statut civil, santé physique perçue et sécurité financière perçue, la durée d'hébergement, etc.) et les deux variables principales. La santé physique perçue et la sécurité financière perçue ont été évaluées par les sous-échelles mesurant cette dimension dans le questionnaire original de Salamon et Conte (1984).

Les analyses statistiques effectuées avec le bien-être psychologique laissent voir que l'âge ($F=2.67$; $p=ns$), le sexe ($F=.14$; $p=ns$) et le statut civil ($F=.22$; $p=ns$) n'ont aucun effet sur le bien-être psychologique. Par ailleurs, la santé perçue ($F=4.61$; $p<.05$), la sécurité financière perçue ($F=7.25$; $p<.01$) et la durée de l'hébergement ($F=3.64$; $p<.05$) sont reliées au bien-être psychologique.

Tableau 9
Moyennes et écarts-types de bien-être psychologique
en fonction de la santé perçue

Sous-groupes	Moyennes	Ecart-types
Mauvaise	8.2	11.83
Moyenne	17.154	11.593
Bonne	23.545	11.544

La différence remarquée au niveau de la santé perçue se situe selon le Scheffe entre le groupe ayant la perception d'une mauvaise santé ($M=8.2$) et celui percevant sa santé comme bonne ($M=23.55$) (voir tableau 9). Le groupe disant avoir une mauvaise santé physique présente un résultat significativement inférieur à l'échelle de bien-être psychologique que le groupe qui estime avoir une santé physique moyenne ou bonne.

Concernant la sécurité financière, la différence (Scheffe) se retrouve entre le groupe qui perçoit sa sécurité financière comme basse ($M=5$) et ceux qui la perçoivent moyenne ($M=18.33$) ou bonne ($M=22.27$). (voir tableau 10). Les personnes âgées qui perçoivent leur sécurité financière comme basse ont un bien-être psychologique significativement inférieur à celles qui évaluent avoir une sécurité financière moyenne ou bonne.

Tableau 10
Moyennes et écarts-types de bien-être psychologique
en fonction de la sécurité financière perçue

Sous-groupes	Moyennes	Ecart-types
Basse	5	11.255
Moyenne	18.333	11.23
Bonne	22.273	10.946

Les groupes se distinguent aussi selon la durée d'hébergement. Le test de Scheffé ne révèle aucune différence entre les groupes. Mais, selon le test de Fisher, il existe une différence significative entre les groupes dont la durée de l'hébergement est courte ($M=14.77$) ou moyenne ($M=13.5$) et le groupe dont la durée est longue ($M=23.05$). (Voir tableau 11). Les personnes dont la durée d'hébergement est courte ou moyenne rapportent un bien-être psychologique significativement inférieur aux personnes dont la durée d'hébergement est plus longue.

Les analyses de variance effectuées avec certaines variables démographiques et les comportements rationnels ne montrent aucun effet sur l'adhésion aux croyances rationnelles des variables sexe ($F=.65$, $p=ns$), âge ($F=2.17$, $p=ns$), santé perçue ($F=1$, $p=ns$), sécurité financière perçue ($F=1.13$, $p=ns$) et le niveau de scolarité ($F=.238$, $p=ns$).

Tableau 11
Moyennes et écart-types de bien-être psychologique
en fonction de la durée d'hébergement

Sous-groupes	Moyennes	Ecart-types
Court (temps)	14.773	13.377
Moyen (temps)	13.5	11.436
Long (temps)	23.056	9.967

Une analyse de régression a été effectuée afin de déterminer les prédicteurs du bien-être psychologique. Toutes les variables ayant montré dans les analyses préliminaires une relation significative avec le bien-être psychologique entrent dans la régression. Le tableau 12 montre les coefficients de régression (standardisés et non standardisés) et leur degré de signification au test t . Toutes les variables prédictrices retenues expliquent 42 % de la variance du bien-être psychologique, ce résultat étant hautement significatif ($F(7,52)=7.10$, $p<.0001$). L'examen des coefficients de régression révèle que la sécurité financière perçue ($p<.01$) et les facteurs I ($p<.01$) et IX ($p<.05$) de l'Inventaire des comportements rationnels s'avèrent des prédicteurs du bien-être psychologique. Cependant, l'un n'est pas un meilleur prédicteur que l'autre. Le facteur I n'est pas un meilleur prédicteur que le facteur IX ($Z = -.24$, $p=ns$) et la variable finance perçue ($Z=1.40$, $p=ns$). Le facteur IX n'est pas supérieur à la variable finance perçue ($Z=.70$, $p=ns$).

Tableau 12

Coefficients de régression sur l'Echelle de satisfaction de vivre (N=60)

Variables	B	Beta	t	p
Facteur I	2.82	.36	2.28	.004
Facteur IX	2.47	.18	1.3	.02
Facteur X	.533	.06	.41	ns
Total (I.C.R)	-.41	-.21	1.11	ns
Santé perçue	.645	.19	1.61	ns
Finance perçue	1.18	.35	2.9	.006
Durée de l'hébergement	.64	.12	1.10	ns

(Constante, 8.32)

R²: .42 F (7, 52) = 7.10, p < .0001Interprétations des résultats et discussion

Il est difficile de comparer les résultats de cette recherche concernant le bien-être psychologique avec d'autres études parce que la façon de calculer les résultats à l'échelle totale et aux sous-échelles a été modifiée. Cependant, la moyenne de l'échantillon (\bar{M} =16.83) indique un bien-être psychologique positif. Les sous-échelles de l'humeur (\bar{M} =5.88), du sens de la vie (\bar{M} =3.78) et des buts (\bar{M} =3.37) concourent plus au bien-être psychologique de ces personnes âgées en famille d'accueil. Ces personnes

présentent un bien-être psychologique positif, expriment une humeur positive et considèrent la vie d'une façon positive. D'autres études ont constaté que la grande majorité des canadiens et des québécois vivant à domicile s'estiment heureux, satisfaits de leur vie et présentent un bon moral (Lapierre et Adams, 1989; Statistique Canada, 1987). Lefebvre-Girouard et al. (1986) mentionnent le contraire concernant les personnes âgées hébergées en institution. Par ailleurs, les personnes âgées en famille d'accueil semblent éprouver plus de difficultés face à la routine quotidienne ($M=1,27$) et au concept de soi ($M=2.91$).

Les résultats obtenus à l'Inventaire des comportements rationnels par les personnes âgées vivant en famille d'accueil montrent une moyenne générale inférieure ($M=18.24$) aux recherches faites avec des étudiants universitaires ($M=26.35$) et des professionnels de la santé ($M=28.45$ et $M=29.38$) lors de la validation de l'instrument. Tous les facteurs ont une moyenne inférieure à celles présentées lors de ces études. Sanderman et al. (1987) rapportent avec une population adulte normale une moyenne à l'échelle totale de 25.96. La moyenne de la présente étude se situe en dessous de la médiane. Les recherches ne permettent pas de comparer ces résultats à ceux déjà obtenus avec une population âgée. Cette différence dépend peut-être de cette population âgée qui présenterait un niveau de rationalité inférieur à celle des étudiants ou des adultes. L'utilisation de l'Inventaire des comportements rationnels et la traduction française de cet instrument de mesure peuvent être aussi considérées comme des éléments qui ont pu

influencer cette différence au niveau des résultats. Les recherches montrent que la rationalité ou l'irrationalité des sujets peut-être mesurée par l'adhésion à des croyances ou des comportements (Smith, 1982, 1989; Woods, 1992). L'adhésion à des croyances irrationnelles a été mesurée dans cette recherche par un instrument qui évalue des comportements. Cependant, on peut s'interroger sur les qualités psychométriques de l'Inventaire des comportements rationnels même s'il est très souvent utilisé dans les recherches. Ainsi, certains énoncés de cet instrument ne sont pas des comportements mais des énoncés d'opinions (8, 9), des émotions (13, 34) ou des tendances (6, 19, 23). Cependant, ces énoncés réfèrent tous à des croyances irrationnelles énoncées par Albert Ellis. Il est aussi permis de se demander si la traduction française de l'instrument exprime vraiment la pensée fondamentale de la théorie d'Albert Ellis et le sens véhiculé en langue anglaise. En effet, un élément essentiel de cette théorie est la notion d'obligation (must, ought to, should) qui en français peut être traduite seulement par : il faut, je dois ou je devrais. Cette traduction n'exprime pas complètement en français le même sens qu'en anglais. Il aurait donc fallu insister davantage dans la traduction française sur la notion d'obligation en ajoutant par exemple les mots à tout prix, sans faute, complètement ou une autre expression signifiant la nécessité. Un autre élément qu'il faut investiguer est le niveau de rationalité de certains énoncés. Selon Ellis, les croyances irrationnelles sont l'expression de valeurs, d'attentes et d'interprétation face à la réalité. Elles sont fausses, perturbent l'individu et le rendent très malheureux. Les valeurs véhiculées par certains énoncés ont

peut-être moins d'importance de nos jours (énoncés 3, 27, 31, 32; énoncé 3: les gens devraient respecter les principes moraux avec plus de rigueur qu'ils ne le font); d'autres énoncés ne semblent pas refléter l'idée de dramatisation, d'insupportabilité, d'obligation mais semblent simplement manifester un ennui, un désagrément, un choix (énoncés 4, 11, 15, 17, 20, 21, 22, 24, 36; énoncé 4: il est difficile d'accepter la critique sans me sentir blessé(e). La traduction française peut jouer un rôle important en ne rendant pas exactement l'idée exprimée par la croyance irrationnelle. Ainsi l'utilisation de cet instrument peut avoir influencé les résultats obtenus lors de cette recherche. Un échantillon plus grand aurait peut-être donné un autre résultat (n=60). Certains facteurs non mesurés dans cette étude comme le niveau de solitude, certains deuils non résolus, les tendances dépressives etc. peuvent contribuer à expliquer ces résultats.

L'hypothèse principale voulant que les croyances irrationnelles soient reliées au bien-être psychologique a été démontrée. Cette recherche montre que les individus qui possèdent un plus haut degré de rationalité affichent un bien-être psychologique supérieur. Ces résultats vont dans la même direction que ceux de Sanderman et al. (1987) qui ont rapporté une telle relation en montrant l'existence d'une relation positive entre les affects positifs de l'Affect Balance Scale (ABS) et l'Inventaire des comportements rationnels et une relation négative entre les affects négatifs de l'ABS et cet Inventaire des comportements rationnels. Wicker et al. (1985) arrivent à la même conclusion dans une étude faite avec des étudiants. Ils montrent que

l'adhésion à des croyances irrationnelles est reliée de façon négative au bien-être psychologique. Paul (1978) découvre une relation significative négative entre la satisfaction de vivre des personnes âgées et l'adhésion à des croyances irrationnelles.

Les résultats permettent de constater une relation positive significative entre le score total de l'Echelle de satisfaction de vivre et certains facteurs de l'Inventaire des comportements rationnels. Ces facteurs sont: la tendance à dramatiser des situations frustrantes (facteur I), la tendance à se déprécier (facteur IX) et la tendance à se préoccuper inutilement des malheurs possibles (facteur X). Paul (1978) a souligné l'importance du facteur I. Wicker et al. (1985) ont souligné cette relation entre les facteurs I, X et le bien-être psychologique. Cette recherche ne confirme pas la relation significative que Paul (1978) a découvert entre le facteur XI et le bien-être psychologique. Paul (1978) a utilisé le Irrational Beliefs Test lors de cette recherche. Par ailleurs, la présente recherche dénote une relation positive significative entre le facteur IX qui dénonce la tendance à se déprécier et le bien-être psychologique. Ainsi, plus une personne adopte la croyance irrationnelle selon laquelle la personne s'évalue de façon négative, plus elle montrera un bien-être psychologique inférieur. Cette relation n'a pas été soulignée par les recherches antérieures. Une relation peut être faite entre cette tendance et le fait que les personnes âgées évaluées dans cette étude ont une faible considération pour elles-mêmes à l'Echelle de satisfaction de vivre.

La première hypothèse secondaire qui stipule que le nombre de croyances irrationnelles et la perception de la santé affectent la perception du bien-être psychologique n'a pas été confirmée. Aucune différence significative de moyenne n'est observée même si plusieurs études relient significativement ces deux variables au bien-être psychologique. Seule la santé perçue demeure significative ($p < .001$). La relation relevée le plus souvent par les auteurs entre les croyances irrationnelles et le bien-être se situe au niveau de signification $p < .05$. La composition des groupes a peut-être joué sur les résultats. La séparation à la moyenne n'a exclu aucun sujet. Les résultats auraient pu être différents si cette analyse avait été produite avec les groupes extrêmes de l'échantillon mais le petit nombre de sujets le permet peu ($n=60$).

L'hypothèse selon laquelle les facteurs I, X et XI sont des prédicteurs du bien-être psychologique n'a été que partiellement démontrée. Seulement les facteurs I et IX (tendance à dramatiser les situations et tendance à se déprécier) se sont avérés des prédicteurs. Ces résultats peuvent avoir été influencés par la taille et la nature de l'échantillon. L'échantillon de Paul (1978) était composé de personnes vivant à domicile, en centre d'accueil et dans une résidence pour personnes âgées alors qu'ici, il s'agit de personnes âgées en famille d'accueil. Jones (1968) étudiant une population adulte normale et psychiatisée, mentionne le facteur I et le facteur X comme prédicteurs de la satisfaction de vie. Jones (1968) et Paul (1978) ont utilisé

un autre instrument pour évaluer les croyances irrationnelles (Irrational Beliefs Test) lors de leur recherche.

Même si le facteur X n'est pas un prédicteur, il est reliée de façon significative au bien-être psychologique ($p < .05$). Wicker et al. (1985) ont noté la même relation auprès d'une population étudiante. Un facteur qui n'était pas attendu comme prédicteur (facteur IX: tendance à se déprécier) s'avère important avec cette population. Est-ce spécifique à une population de personnes âgées vivant en famille d'accueil? Des études ultérieures pourraient le confirmer.

Les résultats des analyses complémentaires montrent que le bien-être psychologique diffère selon la santé perçue et la sécurité financière perçue. Diener (1984) mentionne que la santé est le facteur qui semble le plus influencer le bien-être psychologique. De nombreux auteurs s'entendent pour relier positivement la santé physique perçue au bien-être psychologique (Edwards et Klemmack, 1973; Larson, 1978; Rogalski et Paisey, 1987; Spreitzer et Snyder, 1974). La santé physique influence le bien-être mais pas de façon graduée. Dans cette recherche, la santé ne s'est pas avérée un prédicteur du bien-être psychologique comme le rapportent certains auteurs (Larson, 1978; Markides et Martin, 1979; Vallerand et al., 1989; Stull, 1988). La santé influence le bien-être mais seulement pour ceux qui qualifient leur santé de mauvaise. Il suffit que la santé soit perçue comme moyenne ou bonne pour exprimer un niveau équivalent de bien-être.

Cette recherche confirme des études antérieures qui ont constaté le rôle de la perception de la sécurité financière sur l'évaluation du bien-être (Andrew et Withey, 1976; Chappell et Badger, 1989; Clemente et Sauer, 1976). La sécurité financière est un facteur qui influence le bien-être psychologique quelle que soit la situation financière perçue et ce de façon graduée. Ainsi plus les personnes âgées ont une perception positive de leur sécurité financière, plus elles expriment un niveau élevé de bien-être.

Ces deux variables sont importantes pour les personnes âgées qui voient leurs forces diminuées et leurs besoins augmentés. Les personnes âgées en famille d'accueil semblent accorder une importance plus grande à la sécurité financière. Cette dernière s'avère même un prédicteur du bien-être psychologique.

Une variable vérifiée dans cette recherche et qui s'est avérée significative est la durée de l'hébergement. Les personnes âgées dont l'hébergement en famille d'accueil est le plus long ont un bien-être psychologique plus élevé que celles dont l'hébergement est plus court ou moyen. Il semblerait donc y avoir une période nécessaire d'adaptation à l'hébergement. Lefebvre-Girouard et al. (1986) n'ont pas trouvé de différence significative quant à la durée d'hébergement sur la satisfaction de vivre et le moral de personnes âgées en institution.

Aucune différence n'est enregistrée ici selon le sexe des sujets. Cependant, les hommes ($M:17.35$) expriment un niveau de bien-être légèrement supérieur aux femmes ($M:16.15$). Krausse (1987) et Vallerand et al. (1989) ont déjà fait cette constatation avec une population âgée à domicile et en institution.

Même si l'âge ne semble pas influencer la perception du bien-être psychologique chez les personnes âgées en famille d'accueil, on peut constater une tendance selon laquelle plus la personne est âgée plus le niveau de bien-être est élevé. Ainsi, les personnes entre 65-75 ans présentent une moyenne de 14.11, de 76 à 85 ans de 14.94 et les personnes de plus de 85 ans de 23. Certains chercheurs ont observé que la satisfaction de vivre augmente avec l'âge mais que le bonheur décroît (Campbell et al., 1976; Herzog et Rodgers, 1981). Deux études canadiennes constatent que le bonheur décroît avec l'âge (Lapierre et Adams, 1989; Statistique Canada, 1987). Le statut social n'a pas d'influence sur le bien-être psychologique. Cependant, l'échantillon était composé majoritairement (63%) de veufs(ves).

Les analyses complémentaires effectuées avec le niveau de rationalité des individus et certaines variables socio-démographiques n'ont fait ressortir aucune différence significative avec la variable âge. Cela confirme les travaux de Vestre (1984), Whiteman et Shorkey (1978) et Thyer et Papsdorf (1981). Sanderman et al. (1987) constatent chez une population adulte normale que plus la personne est âgée plus elle affiche un taux élevé

d'irrationalité. La présente recherche constate que ce sont les personnes entre 76-85 ans qui présentent le niveau de rationalité le plus bas ($M=16.97$) comparativement aux personnes de 65-75 ans ($M=19$) et de plus de 85 ans ($M=20.87$).

La plupart des recherches faites avec une population étudiante ou adulte, normale ou clinique ne révèlent aucun effet significatif dû au sexe (Daly et Burton, 1983; Kassinove, 1986; Nelson, 1977; Smith, 1982; Zwemer et Deffenbacher, 1984). Cependant, on peut dire que les femmes ont obtenu une moyenne légèrement supérieure aux hommes (femmes: $M=18.824$; hommes: $M=17.492$). Aucune différence significative n'est remarquée au niveau des facteurs contrairement à certaines recherches disant que les femmes adhèrent d'une façon significative aux facteurs demande d'approbation (Coleman et Ganong, 1987; Nelson, 1977) et dépendance (Coleman et Ganong, 1987; Zwemer et Deffenbacher, 1984) et les hommes au facteur perfection (Zwemer et Deffenbacher, 1984).

Les résultats des travaux concernant la santé perçue, le revenu et la scolarité sont inconsistants. Aucune de ces variables ne s'est montrée significative dans cette recherche.

L'analyse de régression suggère comme prédicteur du bien-être psychologique des personnes âgées en famille d'accueil, la sécurité financière et deux croyances irrationnelles (la tendance à dramatiser les situations et la

tendance à se déprécier). La tendance à dramatiser semble un facteur présent dans la majorité des études et avec différentes populations (étudiante, âgée, normale, psychiatisée). Par ailleurs la tendance à se déprécier serait peut-être une caractéristique de cette population. La situation des gens du troisième et du quatrième âge montre souvent une fragilité face à certaines tendance dépressive. L'une des caractéristiques est la dépréciation de l'individu (Beck, 1967, 1976). La sécurité financière est importante pour les personnes âgées qui vivent en famille d'accueil. Cette importance est peut-être plus grande avec cette population qui demeure très souvent en foyer privé et doit défrayer les coûts de l'hébergement.

En résumé, cette recherche montre que les personnes âgées en famille d'accueil présentent un bien-être psychologique positif en général. Leur niveau de rationalité est inférieur à des populations étudiantes ou d'adultes. Les croyances irrationnelles sont reliées d'une façon négative au bien-être. Plus la personne adhère à des croyances irrationnelles moins grand est son bien-être. Deux croyances sont des prédicteurs du bien-être. La croyance irrationnelle selon laquelle tout devient dramatique dans des circonstances frustrantes et la croyance irrationnelle qui dit que nous ne valons rien, et amène l'individu à se déprécier. Malgré certaines lacunes provenant de l'instrument de mesure et le fait que les personnes âgées ne semblaient pas familières avec ce genre de questionnement, les résultats démontrent que cette variable doit être considérée lorsque l'on parle du bien-être psychologique des personnes âgées en famille d'accueil.

Conclusion

Les familles d'accueil sont une nouvelle ressource d'hébergement offerte aux personnes âgées. Quelques recherches seulement ont étudié ce milieu de vie et les personnes qui y vivent. Cette recherche exploratoire vérifie la relation entre les croyances irrationnelles et le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil.

L'ensemble des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil présentent un niveau de bien-être psychologique positif. Le niveau de rationalité de ces personnes est inférieur à celui d'une population étudiante ou adulte. Les résultats démontrent une relation significative négative entre l'adoption de croyances irrationnelles et le bien-être psychologique. Ainsi, plus les personnes adhèrent aux croyances irrationnelles et moins elles affichent un bien-être psychologique élevé. De plus, deux croyances irrationnelles sont des prédicteurs du bien-être psychologique soit la tendance à dramatiser et la tendance à se déprécier.

La santé physique perçue, la sécurité financière perçue et la durée d'hébergement influencent la perception du bien-être psychologique. La sécurité financière s'avère un prédicteur du bien-être. Par ailleurs, ces variables ne sont pas en relation avec l'adhésion aux croyances irrationnelles. Les variables sexe, âge, statut civil et niveau de scolarité ne sont pas en

relation avec la perception du bien-être psychologique et l'adhésion aux croyances irrationnelles.

Ces résultats soulignent l'importance des croyances irrationnelles sur le bien-être psychologique des personnes âgées qui vivent en famille d'accueil. Ils suggèrent aussi une façon d'intervenir auprès des âgés si nous voulons augmenter leur bien-être psychologique c'est-à-dire intervenir au niveau des croyances irrationnelles. Albert Ellis suggère une méthode d'intervention. Cette recherche démontre que les croyances sont reliées au degré de bien-être psychologique. Alors, toute intervention qui considère cet aspect peut s'avérer efficace. Il semble qu'avec cette population la tendance à dramatiser et à se déprécier soient des facteurs importants. Un programme rehaussant l'estime de soi pourrait diminuer la tendance à se déprécier. Ces considérations demeurent des suggestions car les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène.

Les travaux concernant l'élaboration d'un instrument de mesure qui évaluent la rationalité doivent se poursuivre. On doit arriver à construire un instrument qui évalue soit les croyances ou les comportements et non un mélange d'opinions, d'émotions ou de tendances. Par ailleurs, l'on devra être vigilant lors de la traduction d'un instrument de langue anglaise afin de saisir l'importance de la notion d'obligation telle qu'elle est exprimée dans la théorie d'Albert Ellis. En tenant compte des remarques précédentes, il est fortement suggéré de refaire une traduction de l'Inventaire des

comportements rationnels avant de l'utiliser lors d'une autre recherche.

Des recherches avec un échantillon plus grand et provenant de milieux différents (domicile et en centre d'accueil) permettraient de montrer l'importance de ces croyances irrationnelles sur le bien-être psychologique pour l'ensemble des personnes âgées. Elles permettraient aussi de vérifier la validité et la fidélité de l'Echelle de satisfaction de vivre et l'Inventaire des comportements rationnels.

Ce concept de croyances irrationnelles est encore peu utilisé avec les personnes âgées. Il pourrait être mis en relation avec des variables souvent étudiées dans la population âgée comme la solitude, anxiété, la dépression et la résignation acquise.

Appendice A

Questionnaire des informations socio-démographiques

QUESTIONNAIRE DES INFORMATIONS
SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. IDENTIFICATION: _____
2. AGE: _____
3. SEXE: _____
4. STATUT CIVIL: Marié(e) _____ Veuf(ve) _____
 Séparé(e) _____ Divorcé(e) _____
 Célibataire _____
5. NOMBRE D'ENFANTS: _____
6. NIVEAU D'INSTRUCTION: _____
7. OCCUPATION ANTÉRIEURE: _____
8. OCCUPATION DU DERNIER CONJOINT: _____
9. RAISON(S) DU SÉJOUR: _____

10. DURÉE DU SÉJOUR ACTUEL: _____
11. RÉSIDENCES ANTÉRIEURES: _____

11. TYPE D'HABITATION: _____
12. TYPE DE CHAMBRE: _____
(privée ou semi-privée)
13. NOMBRE DE CO-RÉSIDENTS: _____
14. NOMBRE DE PERSONNES DANS LE LOGEMENT: _____
15. MILIEU (rural ou urbain): _____

Appendice B

Echelle de satisfaction de vivre

ÉCHELLE DE SATISFACTION DE VIVRE
(Salamon-Conte, 1982)

1. MA ROUTINE QUOTIDIENNE EST:

très ennuyante	ennuyante	dans la moyenne	satisfaisante	très satisfaisante
-------------------	-----------	--------------------	---------------	-----------------------

2. JE SUIS SATISFAIT(E) DE MA FAÇON DE VIVRE:

jamaïs	presque jamaïs	parfois	souvent	toujours
--------	-------------------	---------	---------	----------

3. JE PENSE À CE QUE J'AIMERAI ACCOMPLIR:

très souvent	souvent	parfois	rarement	jamaïs
-----------------	---------	---------	----------	--------

4. JE SUIS DE MAUVAISE HUMEUR:

toujours	souvent	parfois	rarement	jamaïs
----------	---------	---------	----------	--------

5. PHYSIQUEMENT JE SUIS:

en mauvaise santé	en assez mauvaise santé	de santé moyenne	en bonne santé	en très bonne santé
----------------------	-------------------------------	---------------------	-------------------	------------------------

6. JE PRENDS DES MÉDICAMENTS:

très souvent	souvent	parfois	rarement	jamaïs
--------------	---------	---------	----------	--------

7. J'AI SUFFISAMMENT D'ARGENT POUR PROFITER DE LA VIE:

jamaïs	rarement	parfois	souvent	toujours
--------	----------	---------	---------	----------

8. J'ESSAIE DE PASSER DU TEMPS AVEC LES GENS:

jamais rarement parfois souvent toujours

9. J'AI DES AMIS:

aucun peu quelques plusieurs vraiment beaucoup

10. GÉNÉRALEMENT, JE PLANIFIE (*décide*) DES ACTIVITÉS:

aucune peu quelques plusieurs vraiment beaucoup

11. EN GÉNÉRAL JE ME SENS:

très insatisfait insatisfait satisfait dans la moyenne satisfait très satisfait

12. JE ME SENS SOUFFRANT(E) (*douleur physique*):

toujours souvent parfois rarement jamais

13. COMPARATIVEMENT A N'IMPORTE QUEL MOMENT DE MA VIE, JE SUIS MAINTENANT:

très insatisfait insatisfait dans la moyenne satisfait très satisfait

14. DANS MA VIE J'AI ACCOMPLI:

rien très peu de choses quelque chose beaucoup de choses vraiment beaucoup de choses

15. JUSQU'A QUEL POINT ETES-VOUS IMPORTANT(E) POUR LES AUTRES:

(*apprécié ou estimé par les autres ou l'entourage*)

absolument pas important de peu d'importance assez important important très important

16. ETRE AVEC LES AUTRES EST AGRÉABLE:

jamais rarement parfois souvent toujours

17. MON REVENU ACTUEL EST: (*adéquat ou correct*)

très inadéquat inadéquat presque adéquat adéquat très adéquat

18. JE TROUVE QUE LA COMPAGNIE DES AUTRES EST:

très peu réconfortante peu réconfortante assez réconfortante habituellement réconfortante très réconfortante

19. JE M'INQUIETE AU SUJET DE MES FINANCES:

toujours souvent parfois rarement jamais

20. MA SITUATION FINANCIERE EST:

très mauvaise mauvaise correcte bonne excellente

21. QUAND JE REGARDE EN ARRIERE, JE SENS QUE J'AI FAIT LES CHOSSES QUE JE VOULAIS FAIRE:

très peu peu quelques une presque toutes toutes

22. MON HORAIRE (*programme*) D'ACTIVITÉS EST:

très insatisfaisant pas vraiment satisfaisant occasionnellement satisfaisant satisfaisant très satisfaisant

23. QUAND JE REGARDE MA VIE PASSÉE, JE SUIS:

complètement insatisfait insatisfait partiellement satisfait satisfait très satisfait

24. LES CHOSSES QUE JE FAIS TOUS LES JOURS ME DONNENT:

aucun plaisir un peu de plaisir assez de plaisir beaucoup de plaisir vraiment beaucoup de plaisir

25. MON HUMEUR HABITUELLE EST:

très
déprimée

plutôt
déprimée

parfois de
bonne
humeur

habituellement
de bonne
humeur

toujours
de bonne
humeur

26. MON INTELLIGENCE EST:

très en dessous
de la moyenne

en dessous
de la moyenne

dans la
moyenne

au dessus
de la moyenne

très supé-
rieure à la
moyenne

27. MON APPARENCE EXTÉRIEURE EST:

très peu
attirante

assez peu
attirante

dans la moyenne

assez
attirante

très
attirante

28. JE SUIS GÉNÉRALEMENT:

très malade

malade

de santé
moyenne

en bonne
santé

en très
bonne
santé

29. LE TEMPS QUE JE PASSE AVEC MES AMIS EST:

tout à fait
insatisfaisant

habituellement
insatisfaisant

parfois
satisfaisant

habituellement
satisfaisant

toujours
satisfaisant

30. LES GENS DISENT QUE JE SUIS:

très
maussade

souvent
maussade

parfois
maussade

habituellement
de bonne
humeur

toujours
de bonne
humeur

31. MA SITUATION ACTUELLE EST:

très difficile

difficile

tolérable

agréable

très
agréable

32. QUAND VIENT LE TEMPS DE PRENDRE SOIN DE MOI, JE:

dépend totale-
ment des
autres

dépend
souvent des
autres

suis parfois
indépendant

suis habituel-
lement
indépendant

suis toujours
indépendant

33. JE CONSIDERE QUE MA VIE :

n'a pas de
sens

a peu de
sens

a un peu
de sens

est pleine
de sens

est vraiment
pleine de
sens

34. JE PASSE POUR QUELQU'UN QUI EST A L'AISE FINANCIEREMENT:

jamais

rarement

parfois

souvent

toujours

35. JE VAIS CHEZ LE MÉDECIN:

très souvent

régulièrement

parfois

rarement

jamais

36. JE SUIS HEUREUX(SE) QUAND JE REGARDE LA MANIERE DONT LES CHOSES
ONT TOURNÉ:

jamais

presque
jamais

parfois

souvent

très souvent

37. JE ME CONSIDERE COMME UNE PERSONNE:

toujours
pessimiste

habituellement
pessimiste

parfois
pessimiste

habituellement
optimiste

toujours
optimiste

38. QUAND JE POSE UN REGARD SUR MA VIE, JE SUIS:

très
insatisfait

insatisfait

assez insatisfait

satisfait

très satisfait

39. JE SUIS SATISFAIT(E) DE LA MANIERE DONT LES CHOSES SE PASSENT:

jamais

rarement

parfois

souvent

très souvent

40. JE SUIS SATISFAIT(E) DES MES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES:

jamais

rarement

parfois

habituellement

toujours

Traduction: Laboratoire de Gériatologie, Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice C

Inventaire des comportements rationnels

INVENTAIRE DES COMPORTEMENTS RATIONNELS

Shorkey & Whiteman,
Traduction Laboratoire de gérontologie
Savard, Rousseau & Poirier, 89

	Totallement d'accord					Totallement désaccord				
	Accord		Neutre		Désaccord					
1. Alder les autres, c'est le fondement même de la vie.	1	2	3	4	5					
2. Il est indispensable de se montrer particulièrement amical avec de nouvelles connaissances.	1	2	3	4	5					
3. Les gens devraient respecter les principes moraux avec plus de rigueur qu'ils ne le font.	1	2	3	4	5					
4. Il est difficile pour moi d'accepter la critique sans me sentir blessé(e).	1	2	3	4	5					
5. Je passe souvent plus de temps à penser comment éviter une tâche qu'il en faudrait pour faire cette tâche.	1	2	3	4	5					
6. J'ai tendance à me faire beaucoup de tracas et à être malheureux quand ça ne va pas comme je voudrais.	1	2	3	4	5					
7. Il n'est jamais possible de changer ses émotions.	1	2	3	4	5					
8. C'est péché de mettre la Bible en doute.	1	2	3	4	5					
9. Avoir de la compassion est le plus beau sentiment humain. <i>(Partager la souffrance)</i>	1	2	3	4	5					
10. Je recule devant une situation de crise ou une difficulté.	1	2	3	4	5					

11. Souvent je deviens énervé(e) ou contrarié(e) quand tout va mal.	1	2	3	4	5
12. Il faut refuser de faire des tâches désagréables même si elles sont nécessaires.	1	2	3	4	5
13. Je suis bouleversé(e) quand les gens sont très sévères avec leurs petits enfants.	1	2	3	4	5
14. Normalement, on s'attend à ce qu'il n'y ait pas de désaccords importants dans un couple marié.	1	2	3	4	5
15. Souvent je me sens malheureux(se) à cause de mon apparence.	1	2	3	4	5
16. Une personne devrait être parfaitement compétente, intelligente, douée et à la hauteur dans tous les domaines.	1	2	3	4	5
17. Ce que les autres pensent de vous, c'est très important.	1	2	3	4	5
18. Il faut que les autres nous rendent la vie plus facile et nous aident dans les difficultés quotidiennes.	1	2	3	4	5
19. J'ai tendance à me référer aux autres pour savoir si un comportement est bon ou mauvais.	1	2	3	4	5
20. Je trouve que mes activités et ma vie sociale finissent par me rendre malheureux(se).	1	2	3	4	5
21. Habituellement, j'essaie d'éviter les corvées que je n'aime pas faire.	1	2	3	4	5
22. Dans ma famille ou mes amis, il y a des gens qui ont des habitudes qui me dérangent et m'embêtent beaucoup.	1	2	3	4	5
23. J'ai tendance à m'inquiéter des dangers d'accidents ou de désastres.	1	2	3	4	5

24. J'aime endosser seul les responsabilités.	1	2	3	4	5
25. Je me fais beaucoup de tracas et je suis malheureux(se) quand les choses ne vont pas à mon goût.	1	2	3	4	5
26. Je m'inquiète beaucoup des malchances qui pourraient arriver.	1	2	3	4	5
27. La punition de nos erreurs aide à éviter les fautes futures.	1	2	3	4	5
28. On peut aider les autres plus efficacement en les critiquant et en signalant sévèrement leurs écarts de conduite.	1	2	3	4	5
29. S'inquiéter au sujet de dangers possibles aide à les prévenir ou à diminuer leurs effets.	1	2	3	4	5
30. Je m'en fais pour des riens.	1	2	3	4	5
31. Certaines personnes sont mauvaises, méchantes et ignobles et devraient être punies de leurs péchés.	1	2	3	4	5
32. Beaucoup de gens sont coupables de mauvaises conduites sexuelles.	1	2	3	4	5
33. Il faut se reprocher ses erreurs et ses mauvaises actions.	1	2	3	4	5
34. Ça me rend très mal à l'aise d'être différent des autres.	1	2	3	4	5
35. Je m'inquiète des malchances qui pourraient arriver.	1	2	3	4	5
36. Je préfère prendre mes décisions sans l'avis des autres.	1	2	3	4	5
37. Lorsque quelque chose a eu beaucoup d'influence sur notre vie, on s'attend à ce qu'il en soit toujours ainsi.	1	2	3	4	5

Appendice D

Résultats individuels

Tableau 2

Résultats individuels (score total) pour l'Échelle de satisfaction de vivre de Salamon et Conte

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	-33	31	8
02	14	32	5
03	12	33	5
04	1	34	29
05	2	35	43
06	-4	36	20
07	22	37	1
08	13	38	16
09	23	39	2
10	36	40	19
11	18	41	18
12	6	42	2
13	16	43	-3
14	16	44	29
15	22	45	-2
16	32	46	19
17	24	47	8
18	41	48	1
19	19	49	1
20	40	50	16
21	4	51	27
22	17	52	9
23	30	53	3
24	9	54	2
25	46	55	5
26	13	56	9
27	-2	57	1
28	12	58	3
29	28	59	15
30	-10	60	16

Tableau 5

Résultats individuels (score total) pour l'Inventaire des
comportements rationnels de Shorkey et Whiteman

Sujets	Scores	Sujets	Scores
01	26	31	14
02	13	32	15
03	21	33	19
04	23	34	9
05	16	35	13
06	17	36	15
07	18	37	10
08	14	38	17
09	21	39	22
10	23	40	17
11	15	41	9
12	17	42	19
13	10	43	15
14	27	44	27
15	19	45	21
16	26	46	7
17	22	47	29
18	16	48	19
19	24	49	7
20	27	50	26
21	8	51	25
22	31	52	15
23	24	53	15
24	10	54	6
25	25	55	27
26	21	56	17
27	14	57	15
28	18	58	22
29	27	59	26
30	12	60	12

Remerciements

L'auteur tient à remercier madame Micheline Dubé, D.Ps., directrice du Laboratoire départemental de recherche en gérontologie et professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour toute la motivation et le support déployés comme directrice de mémoire.

L'auteur tient également à remercier monsieur Jacques Rousseau Ph.D., professeur au Département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son encouragement.

L'auteur tient enfin à remercier le Conseil québécois de recherche sociale qui a permis que soient récoltées les données nécessaires à l'élaboration de ce mémoire lors d'une recherche de plus grande envergure.

Références

- ADAMS, D.L. (1969). Analysis of Life Satisfaction Index. Journal of Gerontology, 24, 470-474.
- ADAMS, D.L. (1971). Correlates of satisfaction among the elderly. The Gerontologist, 11, 64-68.
- ALDEN, L., SAFRAN, J. (1978). Irrational beliefs and non assertive behavior. Cognitive Therapy and Research, 4(2), 357-364.
- ALSAKER, F.D., HOVLAND, O.J. (1987). Irrationality as a self-defeating value-orientation: further study of the SVO-12 scale. Journal of Rational-Emotive Therapy, 5(2), 118-124.
- ANDREWS, F.M., MC KENNEL, A.C. (1980). Measures of self-reported well-being: their affective, cognitive and others components. Social Indicators Research, 8, 127-155.
- ANDREWS, F.M., WITHEY, S.B. (1976). Social indicators of well-being: America's perception of life quality. New-York: Plenum Press.
- ARENS, D.A. (1982-83). Widowhood and well-being: an examination of sex differences within a causal model. International Journal of Aging and Human Development, 15, 27-40.
- ARGABRITE, A.H., NIDORF, L.J. (1968). Fifteen questions for rating reason. Rational Living, 3(1), 9-11.
- ARNKOFF, D.B., GLASS, C.R. (1982). Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration. In P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy. New-York: Academic Press.
- ATCHLEY, R.C. (1975). Adjustment to loss of job at retirement. International Journal of Aging and Human Development, 6, 17-27.
- BANDURA, A. (1969). Principles of behavior modification. New-York: Winston.
- BARD, J.A. (1973). A self rating scale for rationality. Rational Living, 8(1), 19(a).

- BECK, A.T. (1967). Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New-York: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New-York: International Universities Press.
- BEISER, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. Journal of Health and Social Behavior, 15, 320-327.
- BESAI, J., LANE, S. (1976). Self-rating scale for rationality. Rational Living, 11, 28-30.
- BERNE, E. (1961). Transactional analysis in psychotherapy. New-York: Grove Press.
- BERNE, E. (1964). Games people play. New-York: Grove Press.
- BOND, J.B. (1982). Volunteerism and life satisfaction among older adults. Canadian Counsellor, 16(3), 168-172.
- BORTNER, R.W., HULTSCH, D.F. (1970). A multivariate analysis of correlates of life satisfaction in adulthood. Journal of Gerontology, 25, 41-47.
- BOTWINICK, J. (1984). Aging and behavior (3rd ed.). New-York: Springer.
- BOWLING, A., BROWNE, P.D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. Journal of Gerontology, 46(1), S20-32.
- BRADBURN, N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
- BRADBURN, N.M., CAPLOVITZ, D. (1965). Reports on happiness. Chicago: Aldine.
- BROCKETT, R.G. (1987). Life satisfaction and learner self-direction: enhancing quality of life during the later years. Educational Gerontology, 13, 225-237.

- BRYANT, F.B., VEROFF, J. (1984). The structure of psychological well-being: sociohistorical analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 43, 653-673.
- BULL, C.N., AUCOIN, J. (1975). Voluntary association participation and life satisfaction: a replication note. Journal of Gerontology, 30, 73-76.
- BURGESS, P. (1986). Belief systems and emotional disturbance: an evaluation of the rational-emotive model. Unpublished doctoral dissertation: University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia.
- CAMERON, P. (1975). Mood as an indicant of happiness: age, sex, social class and situational differences. Journal of Gerontology, 30, 216-224.
- CAMPBELL, A. (1976). Subjective measures of well-being. American Psychologist, 31, 117-124.
- CAMPBELL, A. (1981). The sense of well-being in America. New-York: McGraw-Hill.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., ROGERS, W.L. (1976). The quality of American life. New-York: Russel Sage Foundation.
- CANTRIL, H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- CARP, F.M. (1975). Ego defense and cognitive consistency in evaluation of living environments. Journal of Gerontology, 30, 707-711.
- CASH, T.F. (1984). The Irrational Beliefs Test: Its rerlationship with cognitive-behavioral traits and depression. Journal of Clinical Psychology, 40, 1399-1405.
- CHAMBERLAIN, K. (1988). On the structure of subjective well-being. Social Indicators Research, 20, 581-604.
- CHAPPELL, N.L., BADGER, M. (1989). Social isolation and well-being. Journal of Gerontology : Social Sciences, 44(5), S169-176.

- CHATFIELD, W.F. (1977). Economic and sociological factors influencing life satisfaction of the aged. Journal of Gerontology, 32, 593-599.
- CICERELLI, V.G. (1989). Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. Psychology and Aging, 4(2), 211-216.
- CLARK, M., ANDERSON, B. (1967). Culture and Aging. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- CLEMENTE, F., SAUER, W.J. (1976). Life satisfaction in the United States. Social Forces, 54, 621-631.
- COCKERMAN, W.C, SHARP, K., WILCOX, J.A. (1983). Aging and perceived health status. Journal of Gerontology, 38(3), 349-355.
- COLEMAN, M., GANONG, L.H. (1987). Sex, sex-roles, and irrational beliefs. Psychological Reports, 61, 631-638.
- COLLETTE, J. (1984). Sex differences in life satisfaction: Australian data. Journal of Gerontology, 39, 243-245.
- CONTE, V. A., SALAMON, M.J. (1982). An objective approach to the measurement and use of life satisfaction with older persons. Measurement and Evaluation in Guidance, 15(3), 194-200.
- COOK, M.L., PETERSEN, C. (1986). Depressive irrationality. Cognitive Therapy and Research, 10(3), 293-298.
- CORMIER, D., TRUDEL, J. (1986). Pilules mirages : essai sur la qualité de vie des aînés. Éditions de l'Association des centres d'accueil du Québec, Montréal.
- CRAWFORD, T., ELLIS, A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 7(1), 3-15.
- CUTLER, S.J. (1973). Voluntary association participation: a cautionary research note. Journal of Gerontology, 28, 96-100.

- DALY, J.J., BURTON, R.L. (1983). Self-esteem, irrational beliefs: an exploratory investigation with implications for counseling. Journal of Counseling Psychology, 30, 361-366.
- DIENER, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95(3), 542-575.
- DIENER, E. (1990). Challenges in measuring subjective well-being and ill-being. Manuscript submitted for publication, University of Illinois.
- DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, R.J., GRIFFIN, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-76.
- DIENER, E., SANDVIK, E., PAVOT, W., GALLAGHER, D. (1991). The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment, 49, 71-76.
- DI GIUSEPPE, R., LEAF, R.C. (1990). The endorsement of irrational beliefs in a general clinical population. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 8(4), 235-247.
- DI GIUSEPPE, R., LEAF, R., EXNER, T., ROBIN, M.W. (1988). The development of a measure of irrational/rational thinking. Paper presented at the World Congress of Behavior Therapy, Edinburg, Scotland.
- DILLARD, J.M., CAMPBELL, N.J., CHISOLM, G.B. (1984). Correlates of life satisfaction of aged persons. Psychological Reports, 54, 977-978.
- DRYDEN, W.E., ELLIS, A. (1988). Rational-emotive therapy. In K.S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. New-York: Guilford Press.
- EASTERLIN, R.A. (1973). Does money buy happiness? Public Interest, 30, 3-10.
- EDWARDS, N.J., KLEMMACK, D.L. (1973). Correlates of life satisfaction: a re-examination. Journal of Gerontology, 28, 497-502.
- ELLIS, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. Journal of Clinical Psychology, 13, 334-350.

- ELLIS, A. (1958). Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, 35-49.
- ELLIS, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. Secaucus, New-Jersey: Lyle Stuart.
- ELLIS, A. (1973). Humanistic psychotherapy: the rational emotive approach. New-York: McGraw-Hill.
- ELLIS, A. (1976). The biological basis of human irrationality. Journal of Individual Psychology, 32(2), 145-168.
- ELLIS, A. (1977a). Rational-emotive therapy: research data that support the clinical and personality hypotheses of R.E.T. and others modes of cognitive behavior therapy. Counseling Psychologist, 7, 2-42.
- ELLIS, A. (1977b). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), Handbook of rational-emotive therapy. New-York: Springer.
- ELLIS, A. (1979). The theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & J.M. Whiteley (Eds.), Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy. Monterey, CA.: Brooks/Cole.
- ELLIS, A. (1980). An overview of the clinical theory of rational-emotive therapy. In R. Grieger & J. Boyd (Eds.), Rational-emotive therapy: A skills based approach. New-York: Van Nostrand Reinhold.
- ELLIS, A. (1982). A reappraisal of Rational-Emotive Therapy's theoretical foundations and therapeutic methods: a reply to Eschenroeder. Cognitive Therapy and Research, 6(4), 393-398.
- ELLIS, A. (1984a). The essence of R.E.T.- 1984. Journal of Rational-Emotive Therapy, 2(1), 19-25.
- ELLIS, A. (1984b). Is the unified-interaction approach to cognitive-behavior modification a reinvention of the wheel? Clinical Psychology Review, 4, 215-218.

- ELLIS, A. (1984c). Rational-emotive therapy. In R.J. Corsini (Ed.), Current psychotherapies. Itasca, IL: Peacock.
- ELLIS, A. (1985a). Expanding the ABC's of rational-emotive therapy. In M.J. Mahoney & A. Freeman (Eds.), Cognition and psychotherapy. New-York: Plenum.
- ELLIS, A. (1985b). Rational-emotive therapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), Dictionary of behavior therapy techniques. New-York: Pergamon Press.
- ELLIS, A. (1985c). Cognition and affect in emotional disturbance. American Psychologist, 40, 471-472.
- ELLIS, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J.K. Zeig (Ed.), The evolution of psychotherapy. New-York: Brunner/Mazel.
- ELLIS, A. (1988). Comment réussir à ne plus vous en faire à propos de tout et de rien. Montréal: Québecor.
- ELLIS, A., BERNARD, M.E. (1985). What is rational-emotive therapy (R.E.T.)? In A. Ellis & M.E. Bernard (Eds.), Clinical applications of rational-emotive therapy. New-York: Plenum Press.
- ELLIS, A., GRIEGER, R. (1977). Handbook of rational-emotive therapy. New-York: Springer.
- ELLIS, A., HARPER, R.A. (1975). A new guide to rational living. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- EPICTETE. (1964). Le manuel. Paris: Garnier-Flammarion.
- FÖRSTERLING, F., GARFINKEL, E. (1981). Affective consequences of irrational cognitions. Rational Living, 16(2), 7-12.
- FOX, E.E., DAVIES, R.L. (1971). Test your rationality. Rational Living, 5(2), 23-25.

- FRANKS, C. (1969). Behavior therapy: appraisal and status. New-York: McGraw-Hill.
- FREEDMAN, J. (1978). Happy people: what happiness is, who has it and why. New-York: Harcourt Brace Jovanovich.
- GEORGE, L.K. (1979). The happiness syndrome: methodological and substantive issues in the study of social-psychological well-being in adulthood. The Gerontologist, 19(2), 210-216.
- GEORGE, L.K. (1981). Subjective well-being: conceptual and methodological issues. In C.F. Elsdorfer (Ed.), Annual review of gerontology and geriatrics. New-York: Springer.
- GEORGE, L.K., BEARON, L.B. (1980). Quality of life in older persons: meaning and measurement. New-York: Human Sciences Press.
- GEORGE, L.K., CLIPP, E.C. (1991). Subjective components of aging well. Generations, 15, 57-60.
- GEORGE, L.K., LANDERMAN, R. (1984). Health and subjective well-being: a replicated secondary analysis. International Journal of Aging and Human Development, 19, 133-156.
- GOLDFRIED, M.R., GOLDFRIED, A.P. (1980). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), Helping people change: a textbook of methods. New-York: Pergamon Press.
- GORMAN, B., SIMON, W. (1977). Personality correlates of rational and irrational beliefs. Rational Living, 12, 25-27.
- GRANDMAISON, A., GOSSELIN, C. (1986). Education des familles d'accueil et de foyers de groupe pour les personnes âgées. Centre des services sociaux du Montréal métropolitain, direction des services professionnels, Tome II : recension des écrits.
- GRANEY, M.J. (1975). Happiness and social participation: a re-examination. Journal of Gerontology, 28(4), 497-502.

- GRANEY, M.J., ZIMMERMAN, R. (1980-81). Causes and consequences of health self-report variations among older people. International Journal of Aging and Human Development, 12(4), 291-300.
- GUBRIUM, J.F., LYNOTT, R.J. (1983). Rethinking life satisfaction. Human Organisation, 42, 30-38.
- GURIN, G., VEROFF, J., FELD, S. (1960). American view their mental health. New-York: Basic Books.
- HARRAN, S.M., ZIEGLER, D.J. (1991). Cognitive appraisal of daily hassles in college students displaying high or low irrational beliefs. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 9(4), 265-271.
- HARRIS, LOUIS et associés (1975). The myth and reality of aging in America. Washington D.C.: National Council of Aging.
- HARTMAN, B.J. (1968). 60 revealing questions for 20 minutes. Journal of Rational Living, 3, 7-8.
- HARVEY, C.D.H., BOND, J.B. Jr., GREENWOOD, L.J. (1991). Satisfaction, happiness, and self-esteem of older rural parents. Canadian Journal of Community Mental Health, 10, 31-46.
- HEADEY, B., KELLEY, J., WEARING, A. (1993). Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. Social Indicators Research, 29, 63-82.
- HENDRICKS, J., HENDRICKS, C.D. (1977). Aging in mass society. Cambridge, MA: Winthrop.
- HERZOG, A.R., RODGERS, W.L. (1981). The structure of subjective well-being in different age groups. Journal of Gerontology, 36, 472-479.
- HIGGINBOTHAM, T.E. (1976). Irrationality in College students. Rational Living, 11(1), 34.

- HIMLE, J.A., HIMLE, D.P., THYER, B.A. (1989). Irrational beliefs and the anxiety disorders. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 7(3), 155-165.
- HIMLE, D.P., HNAT, S., THYER, B.A., PAPSDORF, J.D. (1985). Factor structure of the Rational Behavior Inventory. Journal of Clinical Psychology, 41, 368-371.
- HIMLE, D.P., THYER, B.A., PAPSDORF, J.D. (1982). Relationship between rational beliefs and anxiety. Cognitive Therapy and Research, 6, 219-223.
- HOFSESS, R.E. (1980). Correlating Interpersonnal trust scores with life satisfaction scores of older adults. (Doctoral dissertation, North Carolina State University).
- HOLLANDWORTH, J.G. (1987). Subjective well-being and behavior therapy: challenge, opportunity, or dead end? Behavior therapist, 3, 65-68.
- HORLEY, J. (1984). Life satisfaction, happiness and morale: two problems with the use of subjective well-being indicators. The Gerontologist, 24, 127-142.
- HOVLAND, O.J., ALASKER, F.D. (1986). Disruptive emotions and the measurement of irrationality. A preliminary evaluation of an emotive paradigm for measuring peoples self-created absolute demands on reality. Journal of Rational-Emotive Therapy, 4, 143-154.
- HUTCHISON, I. (1975). The significance of marital status for morale and life satisfaction among lower income elderly. Journal of Marriage and the Family, 37, 287-293.
- HYER, L., HARRISON, W.R., JACOBSON, R.H. (1987). Later life depression: influences of irrational thinking and cognitive impairment. Journal of Rational-Emotive Therapy, 5(1), 43-48.
- JONES, R.G. (1968). A factored measure of Ellis Irrational Beliefs System with personality and maladjustment correlates. Unpublished doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968.

- JONES, R.G. (1969). A factored measure of Ellis Irrational Beliefs System with personality and maladjustment correlates. Doctoral Dissertation, Texas Technological College, 1968. Dissertation Abstract International, 29, 4379B-4380B. (University Microfilms no 69-6443).
- KAHN, R.L., ANTONUCCI, T. (1980). Convoys over life course: attachment, roles and social support. In P.B. Baltes et O. Brim (Eds.), Life span development and behavior (Vol 3). Lexington, MA.: D.C. Heath.
- KAMMANN, R. (1983). Objectives circumstances, life satisfaction and sense of well-being: consistencies across time and place. New Zealand Psychologist, 12, 14-22.
- KANE, R.A., KANE, R.L. (1981). Assessing the elderly: a practical guide to measurement. Lexington, MA; Heath.
- KASSINOVE, H. (1986). Self-reported affect and core irrational thinking: a preliminary analysis. Journal of Rational-Emotive Therapy, 4(2), 119-130.
- KELLER, J.F., CROAKE J.W., BROOKING J.Y. (1975). Effects of a program in rational thinking on anxiety in older persons. Journal of Counseling Psychology, 22(1), 54-57.
- KIVETT, V. (1976). The aged in North Carolina: physical, social and environmental characteristics and sources of assistance. North Carolina Agricultural Experiment Station Technical Bulletin.
- KNAPP, S. (1979). Life events, rationality and emotional disturbance. Psychological Reports, 45, 510.
- KOZMA, A., DI FAZIO, R., STONES, M.J., HANNAH, T.E. (1992). Long and short-term affective states in happiness: age and sex comparisons. Social Indicators Research, 22, 119-138.
- KOZMA, A., STONES, M.J. (1978). Some research issues and finding in the study of psychological well-being of the aged. Canadian Psychological Review, 19, 241-249.

- KOZMA, A., STONES, M.J. (1980). The measurement of happiness: development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). Journal of Gerontology, 35, 906-912.
- KOZMA, A., STONES, M.J. (1983). Predictors of happiness. Journal of Gerontology, 38, 626-628.
- KOZMA, A., STONE, S., STONES, M.J., HANNAH, T.E., Mc NEIL, J.K. (1990). Long and short-term affective states in happiness: model, paradigm and experimental evidence. Social Indicators Research, 22, 119-138.
- KRAUSE, N. (1987). Stress and sex differences in depressive symptoms among older adults. Journal of Gerontology, 41, 727-731.
- KRAUSE, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. Journal of Gerontology, 46, S183-194.
- KRAUSE, N. (1993). Race differences in life satisfaction among aged men and women. Journal of Gerontology, 48(5), S235-244.
- KUTNER, B., FAUSHEL, D., TOGO, A.M., LANGER, T.S. (1956). Five hundred over sixty. New-York: Russel Sage Foundation.
- LANDREVILLE, P., VÉZINA, J. (1992). A comparaison between daily hassles and major life events as correlates of well-being in older adults. Canadian Journal on Aging, 2, 137-149.
- LAPIERRE, L., ADAMS, O.B. (1989). Et la santé, ça va? Monographie 1. Les personnes âgées. Les Publications du Québec: Québec.
- LAPOINTE, K., CRANDELL, C. (1980). Relationships of irrational beliefs to self reported depression. Cognitive Therapy and Research, 4, 247-250.
- LARSEN, R., EMMONS, R.A., DIENER, E. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. Social Indicators Research, 17, 1-17.
- LARSEN, R.J., DIENER, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic: a review. Personality and Individual Differences, 21, 1-39.

- LARSON, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older americans. Journal of Gerontology, 33(1), 109-125.
- LAVALLEE, F. (1985). La satisfaction de vivre, le développement personnel et l'opinion concernant la mort chez les personnes âgées. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.
- LAWTON, M.P. (1972). The dimensions of morale, In D.P. Kent, R. Kastenbaum, S. Sherwood (Eds.), Research, planning and action for the elderly. New-York: Behavioral Publications.
- LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Journal of Gerontology, 30, 85-89.
- LAWTON, M.P. (1977). Morale: What are we measuring ? In C. Nydegger (Ed.), Measuring morale: a guide to effective assessment. Gerontological Society, Washington, Dc.
- LAWTON, M.P. (1983). The varieties of well-being. Experimental Aging Research, 9(2), 65-72.
- LAZARUS, A.A. (1971). Behavior therapy and beyond. New-York: McGraw-Hill.
- LAZARUS, A.A. (1976). Multimodal therapy. New-York: Springer.
- LEE, G.R., ISHUI-KUNTZ, M. (1987). Social interaction, loneliness, and emotional well-being among the elderly. Research on Aging, 9(4), 459-482.
- LEE, G.R., LASSEY, M.L. (1980). Rural-urban differences among the elderly: economic, social, and subjective factors. Journal of Social Issues, 36, 62-73.
- LEFEBVRE-GIROUARD, Astrid et al. (1986). Les comportements psycho-sociaux des personnes âgées hébergées. Association des centres de services sociaux du Québec: Montréal.

- LEMESURIER, J.A.J. (1984). The relationship of irrationality of beliefs with social anxiety and non assertiveness. Thèse de Doctorat inédite, Université de Montréal.
- LEWINSON, P.M., LARSEN, D.W., MUNOZ, R.F. (1982). The measurement of expectancies and other cognitions in depressed individuals. Cognitive Therapy and Research, 6, 437-446.
- LIANG, J. (1982). Sex differences in life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 37, 100-108.
- LIANG, J., DVORKIN, L., KAHANA E., MAZIAN, F. (1980). Social integration and morale: a re-examination. Journal of Gerontology, 35, 746-757.
- LOHMANN, N. (1977). Correlations of life satisfaction, morale and ajustement measures. Journal of Gerontology, 32(1), 73-75.
- LOHMANN, N. (1980). A construct validation of seven measures of life satisfaction, adjustment, and morale. International Journal of Aging and Human Development, 11, 1-9.
- LOHMANN, N. (1989). Service providers and the concept of life satisfaction. Journal of Applied Gerontology, 8(1), 8-17.
- LOHR, J.M., BONGE, D. (1981). On distinction between illogical and irrational beliefs and their relationship to anxiety. Psychological Reports, 48, 191-194.
- LOHR, J.M., BONGE, D. (1982). Relationship between assertiveness and factorially validated measures of irrational beliefs. Cognitive Therapy and Research, 6(3), 353-356.
- MADDOX, G.L., DOUGLAS, E. (1973). Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjets. Journal of Health and Social Behavior, 14, 87-93.
- MADDOX, G., CAMPBELL, R. (1985). Scope, concepts and methods in the study of aging. In R. Binstock & E. Shanas (Eds.), Handbook of aging and the social sciences. New-York: Van Nostrand Reinhold.

- MALOUFF, J.M., SCHUTTE, N.S. (1986). Development and validation of a measure of irrational belief. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54(6), 860-862.
- MALOUFF, J.M., VALDENEGRO, J., SCHUTTE, N.S. (1987). Further validation of a measure of irrational belief. Journal of Rational-Emotive Therapy, 5(3), 189-193.
- MARCOTTE, D., BARON, P. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'une population d'adolescents dépressifs du milieu scolaire. Revue Canadienne de Counseling, 27(2), 77-93.
- MARKIDES, K.S., MARTIN, H.W. (1979). A causal model of life satisfaction among the elderly. Journal of Gerontology, 34, 86-93.
- MAULTSBY, M.C. (1971). Handbook of rational counseling. Lexington, Kentucky: University of Kentucky.
- Mc DONALD, A.P., GAMES, R.G. (1972). Ellis' irrational values. Rational Living, 7, 25-28.
- Mc KENNEL, A.C., ANDREWS, F.M. (1983). Components of perceived life quality. Journal of Community Psychology, 11, 98-110.
- Mc KENZIE, B., CAMPBELL, J. (1987). Race, socioeconomic status and the subjective well-being of older americans. International Journal of Aging and Human Development, 25(1), 43-61.
- Mc NEIL, K.J., STONES, M.J., KOZMA, A. (1986). Subjective well-being in later life: issues concerning measurement and prediction. Social Indicators Research, 18, 35-70.
- MEDLEY, M.L. (1976). Satisfaction with life among person over sixty-five years and older. Journal of Gerontology, 31, 448-455.
- MEDLEY, M.L. (1980). Life satisfaction across four stages of adult life. International Journal of Aging and Human Development, 11, 193-209.

- MICHALOS, A.C. (1980). Satisfaction and happiness. Social Indicators Research, 8, 507-510.
- MICHALOS, A.C. (1982). The satisfaction and happiness of some senior citizens in rural Ontario. Social Indicators Research, 11, 1-3.
- MORGAN, L. (1976). A re-examination of widowhood and morale. Journal of Gerontology, 31, 687-695.
- MORIWAKI, S.Y. (1974). The affect balance scale: a validity study with aged samples. Journal of Gerontology, 29, 73-78.
- MORRIS, J.N., SHERWOOD, S. (1975). A retesting and modification of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. Journal of Gerontology, 30, 77-84.
- MULLIS, R.J. (1992). Measures of economic well-being as predictors of psychological well-being. Social Indicators Research, 26, 119-135.
- MURAN, J.C. (1991). A reformulation of the ABC model in cognitive psychotherapies: implications for assessment and treatment. Clinical Psychology Review, 11, 399-419.
- NELSON, R. (1977). Irrational beliefs and depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1190-1191.
- NEUGARTEN, B. L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1961). The measurement of life satisfaction. Journal of Gerontology, 16, 134-143.
- NEWMARK, C.S., FRERKING, R.A., COOK, L., NEWMARK, L. (1973). Endorsement of Ellis' irrational beliefs as a function of psychopathology. Journal of Clinical Psychology, 29, 300-302.
- NUNNALLY, J. (1980). Psychometric theory. New York: McGraw Hill. (éd. rev.)
- OKUN, M.A., STOCK, W.A., HARRING, M.J., WITTER, R.A. (1984). Health and subjective well-being: a meta-analysis. International Journal of Aging and Human Development, 19, 111-132.

- OKUN, M.A., STOCK, W.A. (1987). Correlates and components of subjective well-being among the elderly. Journal of Applied Gerontology, 6(1), 95-112.
- PALMORE, E. (1968). The effects of aging on activities and attitudes. The Gerontologist, 8, 259-263.
- PALMORE, E. (1979). Predictors of successful aging. Gerontologist, 19, 427-431.
- PALMORE, E., KIVETT, V. (1977). Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46-70. Journal of Gerontology, 32, 311-316.
- PALMORE, E., LUICKART, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction. Health and Social Behavior, 13, 68-80.
- PAUL, H.C. (1978). The relationship of irrational beliefs adaptative behavior, and life satisfaction in elderly people. Doctoral Dissertation, The Ohio State University. (University Microfilms No 7908196).
- PAVOT, W., DIENER, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. Social Indicators Research, 28, 1-20.
- PAVOT, W., DIENER, E., COLVIN, C.R., SANDVIK, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. Journal of Personality Assessment, 57, 2-13.
- PHILBLAD, C., ADAMS, D.L. (1972). Widowhood, social participation and life satisfaction. Aging and Human Development, 3, 323-330.
- RAY, J.B., BAK, J.S. (1980). Comparaison and cross-validation of the Irrational Belief Test and the Rational Behavior Inventory. Psychological Reports, 46, 541-542.
- REITZES, D.C., MUTRAN, E., POPE, H. (1991). Location and well-being among retired men. Journal of Gerontology, 46(4), S195-203.

- RITCHIE, D.R. (1975). The relationship between irrational beliefs, as measured by the Irrational Beliefs Test, and psychological adjustment, as measured by the California Psychological Inventory. (Doctoral dissertation, University of Iowa.) Dissertation Abstract International, 35, 6109B. (University Microfilms No 75-13810).
- ROGALSKI, S., PAISEY, T. (1987). Neuroticism versus demographic variable as correlates of self-reported life satisfaction in a sample of older adults. Journal of Personal Individual Differences, 8(3), 397-401.
- SALAMON, M.J. (1988). Clinical use of the Life Satisfaction in the Elderly Scale. Clinical Gerontology, 8(1), 45-54.
- SALAMON, M.J., CHARYTON, P., Mc QUADE, C.E. (1981). Preventive health care for the elderly; a model for senior centers. Journal of Jewish Communal Services, 58, 115-122.
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1979). The relationship between contact with young children and life satisfaction in older adults. Research proposal. Hofstra University.
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1981a). The Salamon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scale. Paper presented at the 34th annual meeting of the Gerontological Society Of America, Toronto, Ontario.
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1981b). The LSES: a look at validity. Unpublished research paper. Hofstra University.
- SALAMON, M.J., CONTE, V.A. (1984). The Life Satisfaction in the Elderly Scale. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- SANDERMAN, R., MERSCH, P.P., VAN DER SLEEN, J., EMMELKAMP, P.M.G., ORMEL, J. (1987). The Rational Behavior Inventory (R.B.I.): a psychometric evaluation. Personality Individual Differences, 8(4), 561-569.
- SAUER, W. (1977). Morale of the urban age: a regression analysis by race. Journal of Gerontology, 32, 600-608.

- SAUER, W.J., WARLAND, R. (1982). Morale and life satisfaction. In D.J. Mangen and W. A. Peterson (Eds.), Research instruments in social gerontology: clinical and social psychology. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- SAVAGE, R.D. (1975). Psychometric Techniques. In J.G. Howells (Ed.), Modern Perspectives in the psychiatry of old age. New-York: Bruner/Mazel.
- SELYE, H. (1956). The Stress of life. New-York: Mc Graw- Hill.
- SHIN, D.C., JOHNSON, D.M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of quality of life. Social Indicators Research, 5, 475-492.
- SHORKEY, C.T., MOORE, S. (1981). Reliability and validity of the Rational Behavior Inventory with alcoholics. Psychological Reports, 48, 984-986.
- SHORKEY, C.T., REYES, E. (1978). Relationship between self-actualisation and rational thinking. Psychological Reports, 42, 842.
- SHORKEY, C.T., SUTTON-SIMON, K. (1983). Reliability and validity of the Rational Behavior Inventory with a clinical population. Journal of Clinical Psychology, 39, 343-38.
- SHORKEY, C., WHITEMAN, V. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: initial validity and reliability. Educational and Psychological Measurement, 37, 527-534.
- SMITH, J.K. (1982). Irrational beliefs in a college population. Rational Living, 17(1), 35-36.
- SMITH, T.W. (1982). Irrational beliefs in the cause and treatment of emotional distress. Clinical Psychology Review, 2, 505-522.
- SMITH, T.W. (1989). Assessment in rational-emotive therapy: Emperical access to the ABCD model. In M.E. Bernard, R. Di Giuseppe (Eds.), Inside Rational-EmotiveTherapy: a critical appraisal of the theory of Albert Ellis. San Diego: Academic Press.

- SMITH, T.W., ALLRED, K.D. (1986). Rationality revisited: A reassessment of the empirical support for the rational-emotive model. In P.C. Kendall (Ed.), Advances in cognitive-behavioral research and therapy. New-York: Academic Press.
- SMITH, T.W., BOAZ, T.L., DENNY, D.R. (1984). Endorsement of irrational beliefs as a moderator of the effects of stressful life events. Cognitive Therapy and Research, 8, 363-370.
- SMITH, T.W., ZURAWSKI, R.M. (1983). Assessment of irrational beliefs: The question of discriminant validity. Journal of Clinical Psychology, 39, 976-979.
- SNELL, W.E. Jr., HAWKINS II, R.C. (1985). Life satisfaction and irrational beliefs: the mediating influence of negative and positive life change. Journal of Rational-Emotive Therapy, 3(1), 44-54.
- SNIDER, E.L. (1980). Explaining life satisfaction: It's the elderly attitudes that count. Social Science Quarterly, 61, 253-263.
- SPREITZER, E., SNYDER, E. (1974). Correlates of life satisfaction among the aged. Journal of gerontology, 29(4), 454-458.
- STATISTIQUE CANADA, (1987). Enquête sociale générale: santé et aide du milieu, 1985. Division des statistiques sociales, du logement et des familles. Ottawa.
- STERNBERG, (1976). An exploration of the cognitive and personality functioning of older adults in the context of an educational experience (Doctoral dissertation, Columbia University). Dissertation Abstracts International, 37, 1884B.
- STOCK, W.A., OKUN, M.A., BENIN, M. (1986). Structure of subjective well-being among the elderly. Psychology and Aging, 1(2), 91-102.
- STONES, M.J., KOZMA, A. (1991). A magical model of happiness. Social Indicators Research, 25, 31-50.

- STONES, M.J., KOZMA, A., HANNAH, T.E., Mc KIM, W.A. (1991). The correlation coefficient and models of subjective well-being. Social Indicators Research, 24, 317-327.
- STRAIN, L.A., CHAPPELL, N.L. (1982). Confidants: do they make a difference in quality of life? Research on Aging, 4, 479-502.
- STULL, D. (1987). Conceptualisation and measurement of Well-being: implications for policy evaluation. In E.F. Borgetta, R.J.V. Montgomery (Eds.), Critical Issues in aging Policy : Linking Research and values. Beverly Hills, CA: Sage.
- STULL, D. (1988). A dyadic approach to predicting well-being in later life. Research on Aging, 10(1), 81-101.
- SUTTON-SIMON, K. (1981). Assessing belief systems: Concepts and strategies. In P.C. Kendall, S.D. Hollon (Eds.), Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions. New-York: Academic Press.
- TEMPLEMAN, T.L. (1990). Relationship of M.S. Belief Scale scores to depression and anxiety in hospitalized psychiatric patients. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 8(4), 267-274.
- THORSLUND, M., NORSTROM, T. (1993). The relationship between different survey measures of health in an elderly population. The Journal of Applied Gerontology, 12(1), 61-70.
- THYER, B.A., PAPSDORF, J.D. (1981). Concurrent validity of the Rational Behavior Inventory. Psychological Reports, 48, 255-258.
- THYER, B.A., PAPSDORF, J.P., KILGORE, S. (1983). Relationships between irrational thinking and psychiatric symptomatology. Journal of Psychology, 113, 31-34.
- THYER, B.A., PAPSDORF, J.P., NEAL, L. (1983). Cognitive beliefs systems and their persistence: Test-retest reliability of the Rational Behavior Inventory. Psychological Reports, 53, 915-918.

- TINBERGEN, J. (1981). Some neglected determinants of welfare functions. Journal of Economic Psychology, 1, 25-37.
- TOSELAND, R., RASCH, (1979-80). Correlates of life satisfaction: an AID analysis. International Journal of Aging and Human Development, 10, 203-210.
- TOSELAND, R., SYKES, J. (1977). Senior citizens center participation and other correlates of life satisfaction. The Gerontologist, 17, 235-240.
- TOSI, D. (1977). Personal reactions with some on new directions, applications, and research. The counseling Psychologist, 7(1), 46-49.
- TOSI, D.J., FORMAN, M.A., RUDY, D.R., MURPHY, M.A. (1986). Factors analysis of the Common Beliefs Survey III: A replication study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 404-405.
- USUI, W.M., KEIL, T.J., DURIG, K.R. (1985). Socioeconomic comparison and life satisfaction of elderly adults. Journal of Gerontology, 40(1), 110-114.
- VALLERAND, R.J., O'CONNOR, B.P., BLAIS, M.R. (1989). Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low self determination nursing homes. International Journal of Aging and Human Development, 28(4), 277-283.
- VESTRE, N.D. (1984). Irrational beliefs and self-reported depressed mood. Journal of Abnormal Psychology, 93(2), 239-241.
- VESTRE, N.D., BURNIS, J.J. (1987). Irrational beliefs and the impact of stressful life events. Journal of Rational-Emotive Therapy, 5(3), 183-188.
- VEZINA, J., BOURQUE, P. (1984). The relationships between cognitive structure and symptoms of depression in the elderly. Cognitive Therapy and Research, 8(1), 29-36.
- VINING, T.L., GAEDDERT, W.P., Mc CORMICK, N.B. (1990). Sex role identification and young women's irrational beliefs. Journal of Rational-Emotive and Cognitive Therapy, 8(3), 159-167.

- WALEN, S., GRIEGER, R. (Eds.) (1988). Cognitive-Behavior Therapy with women (Special Issue). Journal of Rational-Emotive and Cognitive Therapy, 6(1-2).
- WARREN, R., ZGOURIDES, G. (1989). Further validity and normative data for the Malouff and Schutte Belief Scale. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 7(3), 167-172.
- WHITEMAN, V.L., SHORKEY C.T. (1978). Validation testing of the Rational Behavior Inventory. Educational and Psychological Measurement, 38, 1143-1148.
- WICKER, F.W., RICHARDSON, F.C., LAMBERT, F.B. (1985). Differential correlates of Irrational beliefs. Journal of Personality, 49(2), 161-167.
- WINDLEY, P.G., SCHEIDT, R.J. (1982). An ecological model of mental health among small-town rural elderly. Journal of Gerontology, 37, 235-242.
- WOLFE, J. (1986). RET and women's issues. In A. Ellis, R. Grieger (Eds.), Handbook of Rational Emotive Therapy, Volume 2 (pp. 397-421). New-York: Springer.
- WOOD, L.A., MATTHEWS, A.M., NORRIS, J. (1992). Gerontological research on the quality of life: the Guelph satellite method. Social Indicators Research, 27, 345-361.
- WOOD, V., WYLIE, M., SHEAFOR, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgement. Journal of Gerontology, 24, 465-469.
- WOODS, P.J. (1992). A study of "belief" and "non-belief" items from the Jones Irrational Beliefs Test with Implications for the theory of RET. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 10(1), 41-52.
- WOODS, P.J., COGGIN, S.K. (1985). Irrationality profiles for anger and anxiety. Journal of Rational-Emotive Therapy, 3(2), 124-129.

- WOODS, P.J., LYONS, L.C. (1990). Irrational beliefs and psychosomatic disorders. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 8(1), 3-20.
- YOUNG, H.S. (1975). Rational thinkers and robots. Rational Living, 10(2), 29-31.
- YU, A., SCHILL, T. (1976). Rational-emotive therapy as treatment in reducing vulnerability to criticism. Rational Living, 11, 12-14.
- ZAUTRA, A., HEMPEL, A. (1984). Subjective well-being and physical health: a narrative literature review with suggestions for future research. International Journal of Aging and Human Development, 19, 95-110.
- ZIEGLER, D.J. (1989). A critique of rational-emotive therapy of personality. In M. E. Bernard, R. Di Giuseppe (Eds.), Inside Rational-emotive therapy: A critical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis. San Diego: Academic Press.
- ZURAWSKI, R.M., SMITH, T.W. (1987). Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity. Journal of Counseling Psychology, 34, 224-227.
- ZWEMER, W.A., DEFFENBACHER, J.L. (1984). Irrational beliefs, anger, and anxiety. Journal of Counseling Psychology, 31(3), 391-393.